

MENDOZA
GOBIERNO



Ministerio de Salud,
Desarrollo Social y Deportes

Manual de Prestaciones

Parte I

Destinatarios

CAPS

*Hospitales Departamentales,
Regionales y de Referencia*

Programas

Direcciones

Junio 2017

Sumar



**COBERTURA
UNIVERSAL
de SALUD**



Ministerio de Salud
**Presidencia
de la Nación**

Estimado equipo de salud:

La finalidad de este Manual es facilitar el entendimiento de las prestaciones que figuran en el ***Plan de Servicios de Salud*** (PSS)

Cabe destacar que el PSS se encuentra dividido en **partes**, facilitando su lectura:

- **Parte I:** corresponde a las prestaciones que pueden ser realizadas por *CAPS, Hospitales Departamentales, Regionales y de Referencia, Programas y Direcciones*.
- **Parte II:** contiene el resto de las prestaciones, que por su nivel de complejidad, están *destinadas principalmente a Hospitales*.
- **Parte III:** prestaciones del Paquete Perinatal de Alta Complejidad (*PPAC*)
- **Parte IV:** *prestaciones Anomalías Congénitas (FLAP, Pie Bot y Displasia de Cadera)*
- **Parte V:** *prestaciones CCC (Cirugías de Cardiopatías Congénitas)*

Equipo del Programa Sumar

Índice

- Grupo embarazo, parto y puerperio bajo riesgo	4
- Grupo niños de 0 a 5 años	11
- Grupo niños de 6 a 9 años	18
- Grupo adolescentes de 10 a 19 años	22
- Grupo adultos de 20 a 64 años	16
- Anexo: prácticas, imágenes y laboratorio	39
- Anexo: rondas / talleres / diagnóstico socio-epidemiológico	45
- Anexo: interconsultas	47

Grupo Embarazo, Parto y Puerperio Bajo Riesgo

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCPB: Historia Clínica Perinatal Base, SIP: Sistema Informático Perinatal, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.

LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPALDATORIA (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Anemia grave	Consulta	Atención y tratamiento ambulatorio de anemia grave del embarazo (no incluye hemoderivados)	CT C007 B80	\$ 10	Atención y tratamiento ambulatorio por médico especialista a la embarazada con anemia grave. No incluye hemoderivados . Hemoglobina < 9 gr/dl.	El registro debe contener: Fecha de la prestación. Toma de TA. Informe o transcripción de estudios solicitados. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento(si corresponde). Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: Hemoglobina.	HC, FM	3 en un periodo de 9 meses
Anemia leve	Consulta	Atención y tratamiento ambulatorio de anemia leve del embarazo (inicial)	CT C005 B80	\$ 10	Atención médica y tratamiento inicial de la embarazada con anemia leve. Hemoglobina < 11 gr/dl.	El registro debe contener: Fecha de la prestación. Toma de TA, Informe o transcripción de estudios solicitados. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria, Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 9 meses
	Consulta	Atención y tratamiento ambulatorio de anemia leve del embarazo (ulterior)	CT C006 B80	\$ 10	Atención médica y tratamientos ulteriores, de la embarazada con anemia leve, conforme a norma. Hemoglobina < 11 gr/dl.		HC, FM	3 en un periodo de 9 meses
Puerperio	Consulta	Puerperio inmediato	CT C001 W86	\$ 10	Control de salud de la puerpera dentro 15 días postparto, realizada por médico u obstétrica.	El registro debe contener: Fecha de parto o cesárea. Fecha de realización de la prestación. Toma de tensión arterial. T°. Examen mamario. Constancia de aplicación de inmunizaciones o certificación de vigencia en HC. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 mes
	Inmunización	Dosis aplicada de vacuna antigripal en embarazo o puerperio	IM V013 A98	\$ 30	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Constancia de aplicación de inmunizaciones o certificación de vigencia en documentación para verificación en terreno. Firma, aclaración y sello del profesional responsable que realiza la prestación.	HC, LE, RV, SI	1 en un periodo de 9 meses
	Inmunización	Inmunización puerperal doble viral (Rubéola)	IM V011 A98	\$ 30			HC, LE, RV, SI	1 en un periodo de 6 meses
Puerperio	Consejería	Consejería puerperal en SS y R; lactancia materna y puericultura (prevención de muerte súbita y signos de alarma)	CO T017 W86	\$ 25	Consejería destinada a púerperas o a pacientes pos aborto hasta los 45 días del evento. Brindando información sobre : 1- Métodos anticonceptivos (MAC) ; 2- Enfermedades transmisión sexual (ITS); 3- lactancia materna; 4- puericultura enfatizando en la prevención de muerte súbita y signos de alarma. Realizada por personal del equipo de salud capacitado.	El registro debe contener: Fecha de parto o cesárea. Fecha de realización de la prestación. Provisión de métodos anticonceptivos. Debe constar explícitamente que se brindó información sobre MAC y SS y R . Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 6 meses

Grupo Embarazo, Parto y Puerperio Bajo Riesgo

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCPB: Historia Clínica Perinatal Base, SIP: Sistema Informático Perinatal, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.

LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPALDATORIA (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Complicaciones del parto en el puerperio	Consulta	Tratamiento ambulatorio de complicaciones de parto en puerperio inmediato (inicial)	CT C018 W17 - W70 - W71 - W94	\$ 20	Atención médica inicial de las complicaciones del parto, durante el puerperio inmediato (hasta 15 días postparto), en forma ambulatoria.	El registro debe contener: fecha del parto o cesaria. Fecha de la prestación. Toma de TA. T°. Informe y /o Transcripción de estudios solicitados. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 6 meses
	Consulta	Tratamiento ambulatorio de complicaciones de parto en puerperio inmediato (ulterior)	CT C019 W17 - W70 - W71 - W94	\$ 20	Atención médica ulterior de las complicaciones del parto, durante el puerperio inmediato (hasta 15 días postparto), en forma ambulatoria.		HC, FM	2 en un periodo de 6 meses
Prevención primaria	Captación	Búsqueda activa de embarazadas en el primer trimestre por agente sanitario y/o personal de Salud	CA W001 A98	\$ 250	Búsqueda de embarazadas antes de la semana 13 sin controles de salud y posterior referencia (turno programado) al efector para el control, realizado por agente sanitario y/o personal de salud en terreno en el marco de ronda sanitaria o búsqueda individual programada. Sólo se efectiviza 1 vez realizado el control de la embarazada dentro de los 20 días de corrido.	El registro debe contener: Fecha de la prestación. Referencia con turno otorgado o epicrisis (indicando CUIE o nombre del efector al que se refiere) (plazo máximo 20 días): se denomina referencia a la derivación con orden escrita y de ser posible con un turno asignado, al efector de salud, con la especialidad e infraestructura necesaria a fin de garantizar el seguimiento de la patología que originó la consulta de urgencia. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 3 meses
	Captación	Búsqueda activa de embarazadas con abandono de controles, por agente sanitario y/o personal de salud	CA W002 A98	\$ 200	Búsqueda de embarazadas con abandono de controles de salud y posterior referencia (turno programado) al efector para el control, realizado por agente sanitario y/o personal de salud en terreno en el marco de ronda sanitaria o búsqueda individual programada. Sólo se efectiviza 1 vez realizado el control de la embarazada dentro de los 20 días de corrido.		HC, FM	3 en un periodo de 9 meses
Hemorragia en el 1er trimestre	Consulta	Tratamiento de la hemorragia del 1er. Trimestre	CT C007 W06	\$ 40	Atención médica de la hemorragia que se produce en la gestación antes de la semana 13.	El registro debe contener: Fecha de la prestación, Prueba de embarazo y resultado, Toma de TA, T°, Informe y /o Transcripción de estudios solicitados, Cálculo de amenorrea, diagnóstico de vida fetal, Síntomas o diagnóstico o prueba confirmatoria(si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Contrarreferencia o epicrisis de datos referidos al diagnóstico y tratamiento indicado. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC , FM	2 en un periodo de 3 meses

Grupo Embarazo, Parto y Puerperio Bajo Riesgo

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCPB: Historia Clínica Perinatal Base, SIP: Sistema Informático Perinatal, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.

LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPALDATORIA (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Infección del tracto urinario	Consulta	Atención y tratamiento ambulatorio de infección urinaria en embarazada	CT C005 U71	\$ 10	Evaluación clínica, diagnóstico y tratamiento ambulatorio, de la embarazada con infección urinaria, realizada por médico, según norma.	El registro debe contener: Fecha de realización de la prestación. Toma de TA. T°. Altura uterina. Informe o transcripción de estudios solicitados. Cálculo de amenorrea. diagnóstico de vida fetal. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria. Tratamiento instaurado(si corresponde), Plan de seguimiento(si corresponde), Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC , FM	3 en un periodo de 9 meses
Prenatal	Consulta	Control prenatal de 1ra.vez	CT C005 W78	\$ 100	Control prenatal de 1era vez a la primera evaluación clínica realizada hasta las 13 semanas de gestación, realizado por médica u obstetra.	El registro debe contener: Fecha de realización de la prestación. Prueba de embarazo y resultado. FUM y FPP. Peso, Talla, TA, IMC, Registro de Edad Gestacional, Altura Uterina, Cálculo de amenorrea, Evaluación de riesgo individual. Examen mamario. Constancia de indicación de suplementación con hierro/ac. fólico. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: 1- Peso 2-Talla 3-EG(edad gestacional) 4-TA(Tensión arterial)	HC, HCPB , FM. SIP	1 en un periodo de 3 meses
Prenatal	Consulta	Ulterior de control prenatal	CT C006 W78	\$ 80	Consulta primera realizada después de las primeras 13 semanas (por mas que sea la primera consulta realizada). Realizada por médica u obstetra.	El registro debe contener: Fecha de realización de la prestación. Peso. TA. IMC. Registro de Edad Gestacional. Altura Uterina. Informe y Transcripción de estudios solicitados. Cálculo de amenorrea. Evaluación de riesgo individual. diagnóstico de vida fetal. Examen mamario. Constancia de aplicación de Inmunizaciones o certificados de vigencia en HC. Constancia de indicación de suplementación con hierro/ac. fólico. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: 1- Peso 2-TA 3-EG(edad gestacional)	HC, HCPB, FM	5 en un periodo de 9 meses
Prenatal	Prestación	Toma de muestra para PAP (incluye material descartable)	PR P018 W78	\$ 100	Toma de muestra citológica para papanicolau (PAP) en embarazadas. Lo realizan médico ginecologo o generalista, licenciado en obstetricia entrenados.	El registro debe contener: Fecha de la prestación. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC , FM	1 en un periodo de 9 meses

Grupo Embarazo, Parto y Puerperio Bajo Riesgo

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCPB: Historia Clínica Perinatal Base, SIP: Sistema Informático Perinatal, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.

LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPALDATORIA (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Prenatal	Prestación	Colposcopia en control de embarazo (incluye material descartable)	PR P002 W78	\$ 15	Exploración visual del conducto vaginal y cuello de útero a la embarazada. Lo realizan médico/as ginecólogo/as especializado.	El registro debe contener: Fecha de la prestación. Informe o transcripción de estudios solicitados. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, HCPB, FM	1 en un periodo de 9 meses
Prenatal	Consulta	Odontológica prenatal - profilaxis	CT C010 W78	\$ 60	Consulta profiláctica realizada por odontólogo a la embarazada.	El registro debe contener: Fecha de realización de la prestación. Tratamiento instaurado(si corresponde). Plan de seguimiento(si corresponde). Examen clínico y registro examen dental completo (ODONTOGRAMA). Índice CPO y / o ced(según corresponda). Información brindada sobre cuidados en el embarazo. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: 1- índice CPOD. El reporte se compone de 3 informaciones : caries, perdidos y obturados.	HC, HCPB, HCOd	1 en un periodo de 9 meses
Prenatal	Consulta	Control odontológico en el tratamiento de gingivitis y enfermedad periodontal leve	CT C010 D61	\$ 40	Control odontológico de gingivitis y enfermedad periodontal leve realizado por odontólogo a la embarazada.	El registro debe contener: Fecha de realización de la prestación. Tratamiento instaurado. Plan de seguimiento (si corresponde). Examen clínico y Registro examen dental completo (ODONTOGRAMA). Índice CPO y / o ced (según corresponda). Enseñanza de técnicas de higiene buco dental. Información brindada sobre cuidados en el embarazo. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: 1- Índice CPOD. El reporte se compone de 3 informaciones : caries, perdidos y obturados.	HC, HCPB, HCOd	4 en un periodo de 9 meses
Prenatal	Prestación	Tartrectomía y cepillado mecánico	PR P033 W78	\$ 15	Limpieza dental y cepillado mecánico, realizado por odontólogo a la embarazada.	El registro debe contener: Fecha de realización de la prestación. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento(si corresponde). Examen clínico y registro examen dental completo (ODONTOGRAMA). Índice CPO y/o ced según corresponda . Información brindada sobre cuidados en el embarazo. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, HCPB, HCOd	4 en un periodo de 9 meses

Grupo Embarazo, Parto y Puerperio Bajo Riesgo

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCPB: Historia Clínica Perinatal Base, SIP: Sistema Informático Perinatal, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.

LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPALDATORIA (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Prenatal	Prestación	Inactivación de caries	PR P026 W78	\$ 20	Reducción de la flora bacteriana de la boca, la colocación de materiales y la restauración de la misma, realizada por odontólogo a la embarazada.	El registro debe contener: Fecha de realización de la prestación. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Examen clínico y registro examen dental completo (ODONTOGRAMA). Índice CPO y/o ceod según corresponda. Información brindada sobre cuidados en el embarazo. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, HCPB, HCOd	4 en un periodo de 9 meses
Prenatal	Consejería	Carta de derechos de la mujer embarazada indígena	CO T019 W78	\$ 40	Lectura de la "Carta de derechos de la mujer embarazada indígena" a realizarse a una mujer auto identificada como miembro de un pueblo originario e inscripta como tal y tiene como objetivo el conocimiento de sus derechos en tanto su estado de embarazo. Por su naturaleza la lectura podrá realizarse de manera independiente o en el marco de otras prestaciones del PSS del Programa SUMAR. La prestación es válida si la población está autoidentificada como indígena en la ficha de inscripción.	El registro debe contener: Fecha y descripción de la realización de la prestación. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 9 meses
Prenatal	Consejería	Educación para la salud en embarazo (bio-psico-social)	CO T021 W78	\$ 20	Consejería de educación con enfoque bio-psico-social, realizada a la embarazada por cualquier integrante capacitado del equipo de salud.	El registro debe contener: Fecha de realización de la prestación. Información brindada sobre cuidados en el embarazo. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 9 meses
Prenatal	Inmunización	Dosis aplicada de Vacuna triple bacteriana acelular (dTpa)	IMV008 A98	\$ 30	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.	El registro debe contener: Fecha de la prestación. Fecha de parto o cesárea, Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, LE, RV, SI	1 en un periodo de 9 meses
Prenatal	Inmunización	Inmunización doble adulto en embarazo	IM V010 A98	\$ 30				1 en un periodo de 9 meses
Prenatal	Inmunización	Dosis aplicada de vacuna antigripal en embarazo o puerperio	IM V013 A98	\$ 30				1 en un periodo de 9 meses

Grupo Embarazo, Parto y Puerperio Bajo Riesgo

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCPB: Historia Clínica Perinatal Base, SIP: Sistema Informático Perinatal, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.

LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPALDATORIA (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Prenatal	Notificación	Referencia de Primer Nivel de Atención a nivel de complejidad (II, IIIA o IIIB) en embarazo con sospecha ecográfica de feto con malformación congénita	NT N026 W78	\$ 15	Destinado a embarazadas con sospecha diagnóstica ecográfica de malformación fetal independientemente de la edad gestacional. Lo pueden realizar efectores de atención primaria que brinden el control de embarazo con referencia a nivel II, IIIA o IIIB. Es recomendable que al momento de la sospecha diagnóstica tenga lugar esta referencia al hospital maternal asignado para que la paciente se familiarice con el entorno y completar el historial clínico hospitalario con los datos aportados por la atención primaria.	El registro debe contener: Fecha probable de parto (FPP). Fecha de realización de la notificación. Toma de TA. Registro de edad gestacional. Informe y transcripción de estudios solicitados. Referencia con turno otorgado o epicrisis (indicando el CUIE o nombre del efector al que se refiere). Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 9 meses
Prenatal	Notificación	Referencia oportuna para seguimiento prenatal en la maternidad (luego de la semana 34)	NT N011 W78	\$ 20	Referencia al hospital maternal asignado para que la paciente se familiarice con el entorno y completar historial clínico hospitalario con los datos aportados por la atención primaria. En esta instancia se informa sobre los derechos de las mujeres en el parto, lactancia materna, procreación responsable y acerca del curso de preparación para la maternidad. La población objetivo son las embarazadas que cursen embarazo de BAJO RIESGO mayores o iguales a 34 semanas de gestación (preferiblemente entre las semanas 34 y 36).	El registro debe contener: Fecha probable de parto (FPP). Fecha de realización de la notificación. Toma de TA. Registro de edad gestacional. Referencia con turno otorgado o epicrisis (indicando el CUIE o nombre del efector al que se refiere). Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación. Reporte asociado debidamente completo y entregado según circuito.	HC, FM, Reporte de referencia de emb bajo riesgo a maternidad asignada.	1 en un periodo de 9 meses
Prenatal	Consulta	Notificación de factores de riesgo	NT N004 Z35.0 - Z35.1 - Z35.2 - Z35.3 - Z35.4 - Z35.5 - Z35.6 - Z35.7 - Z35.8 - Z35.9	\$ 75	Consulta donde el profesional notifica a la mujer embarazada del diagnóstico de riesgo detectado. Para que la práctica tenga validez es necesario que la notificación quede asentada en la HCPB (Historia Clínica Perinatal Base) y en la HC que queda en el efector, debiendo la misma estar firmada por la paciente. Esta práctica corresponde al 1er nivel de atención y no necesariamente requiere de derivación a una mayor complejidad. Realizada por médico o lic. en obstetricia.	El registro debe contener: Fecha de realización de la prestación. Peso. Talla. Toma de TA. IMC. IMC por edad gestacional. Registro de edad gestacional. Solicitud grupo y factor. Evaluación de riesgo individual. Información brindada sobre cuidados en el embarazo. Examen mamario. Constancia de indicación de suplementación con hierro/ ac. fólico (según normativa vigente por grupo). Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, HCPB	1 en un periodo de 9 meses

Grupo Embarazo, Parto y Puerperio Bajo Riesgo

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCPB: Historia Clínica Perinatal Base, SIP: Sistema Informático Perinatal, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.

LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPALDATORIA (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Sífilis e ITS	Consulta	Atención y tratamiento ambulatorio de sífilis e ITS en embarazo	CT C007 D72 - X70 - X71 - X90 - X91 - X92	\$ 10	Consulta médica de tratamiento ambulatorio de la embarazada con sífilis u otra ETS, acorde a norma.	El registro debe contener: Fecha de realización de la prestación. Informe o transcripción de estudios solicitados. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento si corresponde. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, HCPB	3 en un periodo de 9 meses
VIH	Consulta	Atención y tratamiento ambulatorio de VIH en la embarazada	CT C007 B90	\$ 10	Atención médica especializada de la embarazada con VIH/SIDA, acorde norma.	El registro debe contener: Fecha de realización de la prestación. Informe o transcripción de estudios solicitados. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento si corresponde. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, HCPB	3 en un periodo de 9 meses
Auditoría de muerte		Informe de comité de auditoría de muerte materna y/o infantil recibido y aprobado por el Ministerio de Salud de la Provincia, según ordenamiento	AU H001 A51	\$ 1.000	Se entiende que se ha evaluado el proceso de atención de los casos que finalizaron en muerte materna, y/o infantil si se completa adecuadamente el protocolo para el registro de las defunciones materno infantiles de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza. A realizarse por Comité local de la vigilancia de la mortalidad materno infantil.	El registro debe contener: Fecha de realización de la prestación. Registro completo del formulario de vigilancia de la mortalidad materno infantil. Firma de quien lo realizó.	Informe de comité local de la vigilancia de la mortalidad materno infantil	1 en un periodo de 9 meses

Grupo Niños de 0 a 5 años (hasta 5 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Anemia	Consulta	Anemia leve y moderada (inicial)	CT C001 B80	\$ 35	Consulta a cargo de médico pediatra, generalista o de familia de todo niño/a de 0 a 5 años con diagnóstico de Anemia Leve o Moderada (leve: HB e/ 10 y 11 gr/dl y moderada: HB entre 7 a 9,9 gr/dl)	El registro debe contener: Fecha de nacimiento de la paciente. Fecha de realización de la prestación. Examen físico según consenso o guías de protocolo. Anamnesis alimentaria. Evaluación de riesgo individual o familia visitada o comunidad. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Anemia leve y moderada (ulterior)	CT C002 B80	\$ 30	Consulta de seguimiento por anemia al mes de la consulta inicial para valoración de respuesta reticulocitaria a cargo de médico pediatra, con controles mensuales hasta alcanzar valor normal de Hb según la edad del beneficiario.		HC, FM	6 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Captación Activa	Búsqueda activa de niños con abandono de controles	CA W003 A98	\$ 200	Búsqueda de niños con abandono de controles de salud y posterior referencia (turno programado) al efector para el control, realizado por agente sanitario y/o personal de salud en terreno en el marco de ronda sanitaria o búsqueda individual programada. Sólo se efectiviza 1 vez realizado el control del niño dentro de los 20 días de corrido.	El registro debe contener: Referencia con turno otorgado (plazo máximo de 20 días). Fecha de nacimiento del paciente. Fecha de prestación. Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la captación.	HC, FM	3 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Consulta	Exámen periódico de salud de niños menores de 1 año	CT C001 A97	\$ 100	Control clínico, evaluación antropométrica y desarrollo en menores de un año. Realizado por pediatra, médico de familia o generalista.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento de paciente. Fecha de realización de prestación. Examen físico según consenso o guías de protocolo. Peso. Talla. Percentilo de peso/edad-talla/edad-talla/peso (según grupo). Perímetro cefálico. Evaluación psicomadurativa. Constancia de Inmunizaciones completa para edad, Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: Peso / Talla/ Perímetro cefálico	HC, FM	6 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Consulta	Exámen periódico de salud de niños de 1 a 5 años	CT C001 A97	\$ 100	Control clínico, evaluación antropométrica y desarrollo en niños de hasta 5 años, 12 meses y 30 días. Realizado por pediatra, médico de familia o generalista.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento de paciente. Fecha de realización de prestación. Examen físico según consenso o guías de protocolo. Peso. Talla. Percentilo de peso/edad-talla/edad-talla/peso (según grupo). Percentilos IMC. Evaluación psicomadurativa. Constancia de Inmunizaciones completa para edad. Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: Peso / Talla	HC, FM	5 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Consulta	Consulta buco-dental en salud en niños menores de 6 años	CT C010 A97	\$ 40	Control que incluye: 1. Evaluación bucodental orientada a la pesquisa de Infecciones periodontales y odontograma. 2. Enseñanza de técnicas de higiene bucal. Realizado por odontólogo.	El registro debe contener: Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la práctica o Informe. Plan de seguimiento (si corresponde). Examen clínico y registro de examen dental completo (ODONTOGRAMA). Índice CPOD o Ceod según corresponda. Enseñanza de técnicas de higiene bucal. Firma, sello y aclaración del profesional que realiza la práctica	HC, HCOd	2 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Consulta	Consulta oftalmológica en niños de 5 años	CT C011 A97	\$ 30	Control de la agudeza visual de niños de 5 a 6 años. Realizado por médico/a con formación en oftalmología.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento de la paciente. Fecha de la prestación. Evaluación oftalmológica según riesgo. Medición de agudeza visual e indicaciones según resultados. Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Practica	Inactivación de caries	PR P026 D60	\$ 15	Reducción de la flora bacteriana de la boca, la colocación de materiales y la restauración de la misma. Realizada por odontólogo.	El registro debe contener: Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Tratamiento instaurado, si corresponde. Plan de seguimiento, si corresponde. Registro del cuadrante de inactivación. Registro examen dental completo (ODONTOGRAMA). Índice CPOD/Ceo. Enseñanza de técnicas de higiene bucal. Firma, sello y aclaración del profesional que realiza la práctica.	HC, HCOd	4 en un periodo de 1 año

Grupo Niños de 0 a 5 años (hasta 5 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO <small>(cant. máx. por beneficiario/a)</small>
Prevención primaria	Inmunización	Dosis aplicada de vacuna triple viral en niños menores de 6 años	IM V001 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Constancia de aplicación de inmunizaciones o certificación de vigencia en documentación para verificación en terreno. Firma, aclaración y sello del profesional del responsable que realiza la prestación.	HC, LE, RV, SI	1 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Inmunización	Dosis aplicada de Sabin en niños de 6 años	IM V002 A98	\$ 30	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.			1 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Inmunización	Dosis aplicada de inmunización Pentavalente en niños de 2, 4, 6 y entre 15 y 18 meses o actualización de esquema	IM V003 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.			4 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Inmunización	Dosis aplicada de inmunización Cuádruple en niños de 15 -18 meses o actualización de esquema	IM V004 A98	\$ 30	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.			1 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Inmunización	Dosis aplicada de inmunización para Hepatitis A en niños de 12 meses o actualización de esquema	IM V005 A98	\$ 30	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.			1 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Inmunización	Dosis aplicada de inmunización Triple Bacteriana Celular en niños de 6 años o actualización de esquema	IM V006 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.			1 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Inmunización	Dosis aplicada de inmunización Anti-amarílica en niños de 18 meses en departamentos de riesgo	IM V007 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.			1 en un periodo de 1 año

Grupo Niños de 0 a 5 años (hasta 5 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO <small>(cant. máx. por beneficiario/a)</small>
Prevención primaria	Inmunización	Dosis aplicada de Vacuna doble viral (SR)	IMV011 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Constancia de aplicación de inmunizaciones o certificación de vigencia en documentación para verificación en terreno. Firma, aclaración y sello del profesional del responsable que realiza la prestación.	HC, LE, RV, SI	1 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Inmunización	Dosis aplicada de vacuna antigripal en niños de 6 a 24 meses o con esquema atrasado en niños mayores con factores de riesgo	IM V013 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.			2 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Inmunización	Dosis aplicada de vacuna neumococo conjugada a los 2, 4 y 12 meses	IM V015 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.			3 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Inmunización	Dosis aplicada de SALK (IPV) 2,4,6 y 18 meses	IM V016 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.			4 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Inmunización	Dosis aplicada de vacuna contra varicela	IM V017 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.			1 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Inmunización	Dosis aplicada de vacuna contra rotavirus	IM V018 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.			2 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Inmunización	Dosis aplicada de vacuna contra meningococo	IM V019 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.			2 en un periodo de 1 año
Prevención primaria	Consulta	Consultas con pediatras especialistas en Cardiología, Nefrología, Infectología, Gastroenterología	CT C016 A42 - D03 - D72 - K73 - K81 - K86 - R80 - T79 - T82 - T83 - U71	\$ 10	Evaluación médica por especialista en cardiología, nefrología, infectología y gastroenterología infantil realizada a niños menores de 6 años.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	4 en un periodo de 1 año

Grupo Niños de 0 a 5 años (hasta 5 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO <small>(cant. máx. por beneficiario/a)</small>
Desnutrición	Consulta	Atención ambulatoria con suplementación vitamínica a niños desnutridos menores de 6 años (inicial)	CT C001 T91	\$ 15	Diagnóstico y tratamiento médico inicial ambulatorio del niño desnutrido menor de 6 años, que incluye la suplementación vitamínica. Realizado por pediatra, médico de familia o generalista.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Peso. Talla IMC. Percentilo de IMC. Tratamiento instaurado (si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
Desnutrición	Consulta	Atención ambulatoria con suplementación vitamínica a niños desnutridos menores de 6 años (ulterior)	CT C002 T91	\$ 15	Diagnóstico y tratamiento ambulatorio médico ulterior del niño desnutrido menor de 6 años, que incluye la suplementación vitamínica. Realizado por pediatra, médico de familia o generalista.		HC, FM	5 en un periodo de 1 año
Desnutrición	Notificación	Reporte: Detección de caso de desnutrición aguda o emaciación (niños de 6 meses a 5 años)	NT N021 T94 - T95	\$ 15	Niños entre 6 meses y 1 año con Pc peso/edad < 10 con diagnóstico riesgo de desnutrición. Niños entre 6 meses y 1 año con Pc peso/edad < 3 con diagnóstico de desnutrición. Niños entre 1 y 5 años con Pc de IMC < 10 con diagnóstico de riesgo de desnutrición con talla/edad normal o baja. Niños entre 1 y 5 años con Pc de IMC < 3 con diagnóstico de desnutrición con talla/edad normal o baja. Realiza la prestación: Médico. Pediatra. Trabajadora Social. Agente Sanitario. Lic. en Nutrición. Psicólogo. Profesional a Cargo de Estimulación temprana	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación. Reporte asociado debidamente completo y entregado según circuito.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
Desnutrición	Notificación	Reporte: Detección de caso de desnutrición crónica (niños de más de 1 año)	NT N022 T94-T95	\$ 15			HC, FM	1 en un periodo de 1 año

Grupo Niños de 0 a 5 años (hasta 5 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO <small>(cant. máx. por beneficiario/a)</small>
Desnutrición	Ingreso al módulo de desnutrición		CTC029 T94 - T95	\$ 85	Criterios de Inclusión al módulo de desnutrición: - Niño/a de 6 meses a 6 años con diagnóstico Clínico de riesgo de desnutrición (pc IMC<10 en beneficiarios de 1 a 6 años y pc < 10 de P/E en niño/a de 6 meses a 1 año) - Niño/a de 6 meses a 6 años con diagnóstico Clínico de desnutrición (pc IMC< 3 en beneficiarios de 1 a 6 años y pc < 3 de P/E) - Consulta médica inicial: a cargo de médico generalista o pediatra donde se realizará: Historia Clínica completa con Valoración antropométrica. Peso, Talla, PC pc P/E en menor de 1 año pc IMC de 1 a 5 años. Evaluación de Factores de riesgo personal y familiar. Derivación a redes sociales de apoyo. Educación alimentaria y consejería nutricional. Valoración de velocidad de Crecimiento. Evaluación clínica en profundidad. Descartar causas de desnutrición secundarias según criterio clínico. Laboratorio de Rutina: Hemograma, Orina completa, Parasitológico en materia fecal. - Consulta médica de seguimiento: a cargo de médico pediatra o generalista donde se realizará Evaluación de modificación de factores condicionantes, interpretación de resultados de laboratorio, evaluación de curva de crecimiento, examen físico. Recomendaciones nutricionales. - Laboratorio de Rutina: Hemograma, Orina completa, Parasitológico en Materia Fecal. - Visita domiciliaria cada 15 días a cargo de personal del equipo de salud. Incluye educación alimentaria. identificación de problemas relevantes en relación a la desnutrición	El registro debe contener: Peso, Talla, PC pc P/E en menor de 1 año pc IMC de 1 a 5 años. Evaluación de Factores de riesgo personal y familiar. Derivación a redes sociales de apoyo. Educación alimentaria y consejería nutricional. Valoración de velocidad de Crecimiento. Evaluación clínica en profundidad. Descartar causas de desnutrición secundarias según criterio clínico. Laboratorio de Rutina: Hemograma, Orina completa, Parasitológico en materia fecal.	HC	1 en un periodo de 1 año
	Reestimación de situación nutricional (a los 2 meses de ingreso al módulo de desnutrición)		CTC030 T94 - T95	\$ 85	- Al cumplir los 2 meses de ingresado al módulo, reevaluación: en esta instancia se evalúa la recuperación nutricional del beneficiario pudiendo detectarse dos situaciones: o El paciente logró la recuperación nutricional, sin patología sobreagregada y medio social continente. Se dará el alta nutricional y continuará con el módulo de seguimiento donde se realizará una consulta médica mensual y visitas domiciliarias de frecuencia quincenal durante 3 meses. o El paciente no logra la recuperación nutricional donde será derivado a un centro de mayor complejidad para descartar causa orgánica. En este caso el beneficiario deberá continuar en contacto con el primer nivel de atención mediante visitas domiciliarias de frecuencia quincenal con el fin de dar continuidad en la valoración integral del beneficiario, dar apoyo y red de contención ante la detección eventual de patología orgánica que precise tratamiento específico.	El registro debe contener: Evaluación de modificación de factores condicionantes. Interpretación de resultados de laboratorio. Evaluación de curva de crecimiento. Examen físico. Recomendaciones nutricionales. Se sugiere en el periodo de monitoreo: hasta 5 consultas ulteriores (una por mes) y visitas domiciliarias hasta 10 (una cada 15 días) a cargo de personal del equipo de salud. Incluye educación alimentaria. Identificación de problemas relevantes en relación a la desnutrición.	HC	1 en un periodo de 1 año
	Egreso del módulo de desnutrición		CTC031 T94 - T95	\$ 85			HC	1 en un periodo de 1 año

Grupo Niños de 0 a 5 años (hasta 5 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO <small>(cant. máx. por beneficiario/a)</small>
Detección temprana de hipoacusia	Consulta	Consulta de niños con especialistas (hipoacusia en lactante "No pasa" con Otoemisiones acústicas)	CT C001 H86	\$ 40	Se considera su realización cuando no pasan las otoemisiones acústicas. Lo realiza fonoaudiólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la notificación. Plan de seguimiento (si corresponde). Registro de resultado de la evaluación diagnóstica. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: Resultado en oído derecho / izquierdo	HC, FM	4 en un periodo de 1 año
	Practica	Rescreening de hipoacusia en lactante "No pasa" con BERA	PR P022 H86	\$ 40	Se considera su realización cuando son negativos o dudosos las otoemisiones anteriores. Lo realiza fonoaudiólogo.		HC, FM	2 en un periodo de 1 año
	Práctica	Rescreening de hipoacusia en lactante "No pasa" con <u>Otoemisiones acústicas</u>	PR P021 H86	\$ 30	Se considera cuando el screening es negativo, dudoso o hay antecedentes potenciales de hipoacusia. Lo realiza fonoaudiólogo.		HC, FM	2 en un periodo de 1 año
Gastroenteritis	Consulta	Atención ambulatoria de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 6 años <u>(inicial)</u>	CT C001 D11	\$ 50	Diagnóstico y tratamiento inicial con enfermedad diarreica aguda con o sin fiebre y/o vómitos. Realizado por médico/a con formación en oftalmología, médico generalista o pediatra.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Peso. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	2 en un periodo de 1 año
	Consulta	Atención ambulatoria de enfermedades diarreicas agudas en niños menores de 6 años <u>(ulterior)</u>	CT C002 D11	\$ 50	Diagnóstico y tratamiento ulterior con enfermedad diarreica aguda con o sin fiebre y/o vómitos. Realizado por médico/a con formación en oftalmología, médico generalista o pediatra.		HC, FM	3 en un periodo de 1 año
	Internación <16hs.	Posta de Rehidratación : Diarrea aguda en ambulatorio	IT E001 D11	\$ 70	Diagnóstico y tratamiento del niño menor de 6 años con enfermedad diarreica aguda con o sin fiebre, con o sin vómitos y/o deshidratación leve , u otro factor agravante que requiera observación de por lo menos dos horas en forma ambulatoria previa a su alta o internación. Realizado por médico/a con formación en oftalmología, médico generalista o pediatra.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Peso. Evaluación de riesgo individual o familia visitada o comunidad. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria(si corresponde). Tratamiento instaurado(si corresponde). Plan de seguimiento(si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	3 en un periodo de 1 año
Infección respiratoria aguda	Consulta	Atención ambulatoria de infección respiratoria aguda en niños menores de 6 años	CT C001 R74 - R78 -R81	\$ 60	Diagnóstico y tratamiento inicial del niño con infección respiratoria. Realizado por médico/a con formación en oftalmología, médico generalista o pediatra.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria(si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	2 en un periodo de 1 año
Infección respiratoria aguda	Consulta	Atención ambulatoria de infección respiratoria aguda en niños menores de 6 años <u>(ulterior)</u>	CT C002 R74 - R78 -R81	\$ 50	Diagnóstico y tratamiento ulterior del niño con infección respiratoria. Realizado por médico/a con formación en oftalmología, médico generalista o pediatra.		HC, FM	5 en un periodo de 1 año
	Practica	Kinesioterapia ambulatoria en infecciones respiratorias agudas en niños menores de 6 años <u>(5 sesiones)</u>	PR P011 R25 - R78 - R81	\$ 10	Tratamiento de infección respiratoria aguda mediante sesiones de asistencia kinésica respiratoria realizada por kinesiólogo, pediatra o enfermero que acredite entrenamiento.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Tratamiento instaurado(si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	5 en un periodo de 1 año
	Internación <16 hs.	Internación abreviada SBO (Prehospitalización en ambulatorio)	IT E001 R78	\$ 150	Diagnóstico y tratamiento del niño menor de 6 años con enfermedad respiratoria obstructiva que requiera tratamiento y control por el término mínimo de dos horas previa a su alta o internación. Realizado por médico/a con formación en oftalmología, médico generalista o pediatra.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Evaluación de la gravedad SCORE DE TAL. Utilización de registro de protocolo de tratamiento y derivación en atención abreviada. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento(si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	2 en un periodo de 1 año

Grupo Niños de 0 a 5 años (hasta 5 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO <small>(cant. máx. por beneficiario/a)</small>
Obesidad	Consulta	Obesidad (inicial)	CT C001 T79 - T82	\$ 60	Consulta a cargo de médico pediatra, generalista o de familia donde se realiza el diagnóstico de Obesidad (pc de IMC +2DE de puntaje Z) con solicitud de estudios complementarios según guías y protocolos de atención.	El registro debe contener: Pesquisa de distorsión de percepción imagen corporal. Detección de trastornos alimenticios. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la practica. Examen físico según consenso o guías de protocolo. Peso. Talla. Percentilo de peso/edad-talla/peso (según grupo). Toma de TA, IMC, Percentilo de IMC. Percentilo de circunferencia de la cintura. Percentilo de TA, circunferencia de la cintura. Anamnesis alimentaria. Plan de seguimiento instaurado (si corresponde). Firma , aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Obesidad (ulterior)	CT C002 T79 - T82	\$ 40	Consulta a cargo de médico pediatra, donde se evaluará el resultado de los estudios solicitados según guías y protocolos de atención de y obesidad y la eventual interconsulta con especialistas. En esta consulta se debe indagar sobre la adherencia al tratamiento por parte del paciente y la colaboración por parte de su familia. Será un espacio para reforzar pautas alimentarias y promoción de actividad física ofreciendo las posibilidades con las que cuenta su comunidad en cuanto a la oferta de actividades deportivas acordes a la edad del paciente.		HC, FM	3 en un periodo de 1 año
Sobrepeso	Consulta	Sobrepeso (inicial)	CT C001 T83	\$ 80	Consulta a cargo de médico pediatra, generalista o de familia donde se realiza el diagnóstico de sobrepeso (IMC pc entre 1 y 2DE puntaje Z) con solicitud de estudios complementarios según guías y protocolos de atención.	El registro debe contener: Pesquisa de distorsión de percepción imagen corporal. Detección de trastornos alimenticios. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la practica. Examen físico según consenso o guías de protocolo. Peso. Talla. Percentilo de peso/edad-talla/peso (según grupo). Toma de TA. IMC. Percentilo de IMC. Percentilo de circunferencia de la cintura. Percentilo de TA. Circunferencia de la cintura. Anamnesis alimentaria. Plan de seguimiento instaurado (si corresponde). Tratamiento instaraudo (si corresponde). Firma , aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Sobrepeso (ulterior)	CT C002 T83	\$ 50	Consulta a cargo de médico pediatra, donde se evaluará el resultado de los estudios solicitados según guías y protocolos de atención de sobrepeso y la eventual interconsulta con especialistas. En esta consulta se debe indagar sobre la adherencia al tratamiento por parte del paciente y la colaboración por parte de su familia. Será un espacio para reforzar pautas alimentarias y promoción de actividad física ofreciendo las posibilidades con las que cuenta su comunidad en cuanto a la oferta de actividades deportivas acordes a la edad del paciente.		HC, FM	3 en un periodo de 1 año
Sospecha patología oncológica	Consulta	Consulta: Sospecha de patología oncológica. Referencia a segundo nivel de atención	CT C001 A01 - B04-B87-D24-F29- F74-F99-N01	\$ 90	Realizada por médico del 1er nivel de atención quien ante sospecha de patología oncológica en un niño/a debe completar el reporte de la prestación que servirá como documentación para la referencia a un 2do nivel de atención quedando una copia en la HC como fuente válida de facturación.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Referencia con turno otorgado o epicrisis (indicando el CUIE o nombre del efector al que se refiere). Reporte asociado debidamente completo y entregado según circuito. Firma , aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 por beneficiario/a
Auditoría de muerte		Informe de comité de auditoría de muerte materna y/o infantil recibido y aprobado por el Ministerio de Salud de la Provincia, según ordenamiento	AU H002 A50	\$ 1.000	Se entiende que se ha evaluado el proceso de atención de los casos que finalizaron en muerte materna, y/o infantil si se completa adecuadamente el protocolo para el registro de las defunciones materno infantiles de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza. A realizarse por Comité local de la vigilancia de la mortalidad materno infantil.	El registro debe contener: Fecha de realización de la prestación. Registro completo del formulario de vigilancia de la mortalidad materno infantil. Firma de quien lo realizó.	Informe de comité local de la vigilancia de la mortalidad materna infantil	1 por beneficiario/a

Grupo: Niños 6 a 9 años (hasta 9 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Prevención Primaria	Consulta	Control Odontológico	CT C010 A97	\$ 50	Control que incluye: 1. evaluación bucodental orientada a la pesquisa de infecciones periodontales y odontograma. 2. enseñanza de técnicas de higiene bucal. Realizado por odontólogo.	El registro debe contener: Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Plan de seguimiento(si corresponde). Examen clínico y registro de examen dental completo (ODONTOGRAMA). Índice CPOD y/o CEOD. Enseñanza de técnicas de higiene bucal. Firma, sello y aclaración del Profesional que realiza la práctica. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: 1- Índice de CPOD. o Índice de CeO	HC, HCOd	2 en un periodo de 1 año.
Prevención Primaria	Consulta	Control Oftalmológico	CT C011 A97	\$ 50	Control de la agudeza visual de los niños de 6 a 9 años. Realizado por: médico con formación en oftalmología, medicina general, pediatría o clínica médica.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento de la paciente. Fecha de realización de la prestación. Evaluación oftalmológica según riesgo. Medición de agudeza visual e indicaciones según resultados. Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
Prevención Primaria	Captación	Consulta para confirmación diagnóstico en Población Indígena con riesgo detectado en terreno.	CA W006 A97 - A75 - B72 -B73 - B80- B78- B81 - B82 - D96 - D61 - D62 - D72 - B90 - K73 -K83 -K86 - T79 -T82 -T83 - T89 - T90	\$ 100	Consulta efectuada en efector, de pacientes detectados en terreno con necesidad de estudios complementarios para confirmar el diagnóstico (dentro de los 20 días de captado). Realizado por médico pediatra, médico generalista, médico clínico. La práctica es válida si la población está autoidentificada como indígena en la ficha de inscripción.	El registro debe contener: Informe de referencia al efector con diagnóstico presuntivo y turno otorgado (plazo máximo de 20 días). Fecha de nacimiento del paciente. Fecha de realización de la prestación. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC	1 en un periodo de 1 año.
Prevención Primaria	Inmunización	Dosis aplicada de Triple Viral (Actualización Esquema)	IM V001 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Constancia de aplicación de inmunizaciones o certificación de vigencia en documentación para verificación en terreno. Firma, aclaración y sello del profesional responsable que realiza la prestación.	HC, LE, RV, SI	1 en un periodo de 1 año.
	Inmunización	Dosis aplicada de Sabin Oral (Actualización esquema)	IM V002 A98	\$ 20				1 en un periodo de 1 año.
	Inmunización	Dosis aplicada de dTap Triple Acelular (Actualización esquema en niños mayores 7 años)	IM V008 A98	\$ 30				1 en un periodo de 1 año.
	Inmunización	Dosis aplicada de inmunización anti hepatitis B (Actualización esquema)	IM V009 A98	\$ 20				1 en un periodo de 1 año.
	Inmunización	Dosis aplicada de Vacuna doble viral (SR)	IM V011 A98	\$ 30				1 en un periodo de 1 año.

Grupo: Niños 6 a 9 años (hasta 9 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático.								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO <small>(cant. máx. por beneficiario/a)</small>
Prevención Primaria	Inmunización	Dosis aplicada de Vacuna Antigripal en personas con factores de riesgo.	IM V013 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Constancia de aplicación de inmunizaciones o certificación de vigencia en documentación para verificación en terreno. Firma, aclaración y sello del profesional responsable que realiza la prestación.	HC, LE, RV, SI	1 en un periodo de 1 año.
	Práctica	Sellado de surcos	PR P024 A98	\$ 20	Barniz fluorado de surcos o sellado de surcos, según corresponda. Realizado por un odontólogo.	El registro debe contener: Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Índice CPOD y/o ceod según corresponda. Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, HCOd	2 en un periodo de 1 año.
Prevención Primaria	Práctica	Barniz fluorado de surcos	PR P025 A98	\$ 20	Barniz fluorado de surcos o sellado de surcos, según corresponda. Realizado por un odontólogo.	El registro debe contener: Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Índice CPOD y/o ceod según corresponda. Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, HCOd	2 en un periodo de 1 año.
	Práctica	Inactivación de caries	PR P026 D60	\$ 15	Reducción de la flora bacteriana de la boca, la colocación de materiales y la restauración de la misma. Realizada por odontólogo.	El registro debe contener: Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Registro del cuadrante de la inactivación o registro del sellado de los primeros molares permanentes (según corresponda). Examen clínico y registro de examen dental completo (odontograma). Enseñanza de técnicas de higiene bucal. Índice CPOD y/o ceod según corresponda. Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, HCOd	4 en un periodo de 1 año
Obesidad	Consulta	Obesidad (inicial)	CT C001 T79 -T82	\$ 60	Consulta a cargo de médico pediatra, generalista o de familia donde se realiza el diagnóstico de Obesidad (pc de IMC +2DE de puntaje Z) con solicitud de estudios complementarios según guías y protocolos de atención.	El registro debe contener: Pesquisa de distorsión de percepción imagen corporal. Detección de trastornos alimenticios. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Examen físico según consenso o guías de protocolo. Peso. Talla. Percentilo de peso/edad-talla/peso (según grupo). Toma de TA. IMC. Percentilo de IMC. Percentilo de circunferencia de la cintura. Percentilo de TA. Circunferencia de la cintura. Anamnesis alimentaria. Plan de seguimiento instaurado (si corresponde). Tratamiento instaraudo (si corresponde). Firma , aclaración y sello del responsable que realiza la prestación. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: Peso, Talla, TA	HC, FM	1 en un periodo de 1 año.
	Consulta	Obesidad (ulterior)	CT C002 T79 - T82	\$ 40	Consulta a cargo de médico pediatra, donde se evaluará el resultado de los estudios solicitados según guías y protocolos de atención de y obesidad y la eventual interconsulta con especialistas. En esta consulta se debe indagar sobre la adherencia al tratamiento por parte del paciente y la colaboración por parte de su familia. Será un espacio para reforzar pautas alimentarias y promoción de actividad física ofreciendo las posibilidades con las que cuenta su comunidad en cuanto a la oferta de actividades deportivas acordes a la edad del paciente.		HC, FM	3 en un periodo de 1 año.

Grupo: Adolescentes 10 a 19 años (hasta 19 años con 11 meses y 30 días)

(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia								
LÍNEA DE CUIDADO	T I P O	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL-DATORI-A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Anemia	Consulta	Anemia leve y moderada en mujeres (inicial)	CT C001 B80	\$ 40	Tratamiento y diagnóstico inicial/ulterior de anemia. La atención debe ser realizada por un/a médico/a con formación en Medicina General o Familiar, Pediatría o Clínica Médica. Hemoglobina =< 11 mg/dl.	El registro debe contener: Fecha de realización de la prestación. Fecha de nacimiento. Firma de notificación de derecho de confidencialidad. Anamnesis alimentaria (se refiere al registro de los hábitos alimentarios del paciente). Informe o transcripción de estudios solicitados. Síntomas o Diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde), Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento: (si corresponde). Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Anemia leve y moderada en mujeres (ulterior)	CT C002 B80	\$ 30				2 en un periodo de 1 año
Asma bronquial	Consulta	Asma bronquial (inicial)	CT C001 R96	\$ 50	Consulta inicial/seguimiento en paciente con diagnóstico de asma bronquial. Realizado por un/a médico/a con formación en Medicina General, Pediatría, Clínica Médica o Neumonología.	El registro debe contener: Firma de notificación de derecho de confidencialidad. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria. Referencia con turno otorgado o epicrisis (indicando el CUIE o nombre del efector al que se refiere). Tratamiento instaurado (si corresponde). Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Asma bronquial (ulterior)	CT C002 R96	\$ 35				3 en un periodo de 1 año
	Consulta	Asma bronquial (urgencia)	CT C012 R96	\$ 20	Consulta en servicio de GUARDIA de paciente cursando crisis asmática aguda. Realizado por un médico con formación en Medicina General, Pediatría, Clínica Médica o Neumonología.	El registro debe contener: Firma de notificación de derecho de confidencialidad. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación.Rastreo de consumo de tabaquismo y otras drogas (según corresponda) y consejo conductual breve de cese de tabaquismo (deseable en consulta inicial). Informe o transcripción de estudios solicitados (obligatorio sólo en consultas ulteriores). Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, LG	3 en un periodo de 1 año
Prevención Primaria	Captación	Búsqueda activa de adolescentes para valoración integral	CA W005 A98	\$ 100	Búsqueda de adolescentes sin controles de salud, detectado durante visita en terreno, realizado por agente sanitario y/o personal de salud en terreno en el marco de ronda sanitaria o búsqueda individual programada. Esta prestación se efectiviza con la consulta de atención integral de salud dentro de los 20 días de corrido.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Referencia con turno otorgado (plazo máximo 20 días). Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Captación	Búsqueda activa de embarazadas adolescentes por agente sanitario y/o personal de Salud	CA W004 A98	\$ 200	Búsqueda de adolescentes embarazadas sin controles de salud, realizado por agente sanitario y/o personal de salud en terreno en el marco de ronda sanitaria o búsqueda individual programada durante visita en terreno y posterior referencia al efector para iniciar controles obstétricos. Esta prestación se efectiviza con la consulta de controles obstétricos dentro de los 20 días de corrido.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Entrega de anticoncepción de barrera y/u hormonal. Evaluación de riesgo: a través de la detección de factores de riesgo y factores protectores relacionados con la salud integral del adolescente. Referencia con turno otorgado: se denomina referencia a la derivación con orden escrita y de ser posible con un turno asignado, al efector de salud. Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación.		1 en un periodo de 1 año

Grupo: Adolescentes 10 a 19 años (hasta 19 años con 11 meses y 30 días)

(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia								
LÍNEA DE CUIDADO	T I P O	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL-DATORI-A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Prevención Primaria	Consulta	Examen Periódico de Salud del adolescente	CT C001 A97	\$ 100	Control clínico, evaluación antropométrica y desarrollo en adolescentes. Realizado por pediatra, médico de familia o generalista.	El registro debe contener: Firma de notificación de derecho de confidencialidad. Fecha de nacimiento. Fecha de la prestación. Peso. Talla. Toma de TA. Percentilos IMC. IMC. Registro de estadio de Turner. Evaluación de escoliosis. Evaluación genitourinaria. Anamnesis alimentaria. Evaluación de riesgo individual o familia visitada o comunidad. Screening ITS. Constancia de aplicación de Inmunizaciones. Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Control de salud individual para población indígena en terreno	CT C009 A97 - A21 - B02 - B87 - D23 - D82 - K81 - K86 - T82 - T83 - T79	\$ 100	Control clínico, evaluación antropométrica y desarrollo en el domicilio del paciente. Realizado por pediatra, médico de familia o generalista. La práctica es válida si la población está autoidentificada como indígena en la ficha de inscripción.	Se realizará en terreno, entendiendo éste como cualquier ámbito fuera del efector de salud. El registro debe contener: Firma de notificación de derecho de confidencialidad. Fecha de nacimiento. Fecha de la prestación. Peso. Talla. Percentilo de Peso/Talla. IMC. Percentilos del IMC. Registro de estadio de Turner. Evaluación de escoliosis. Evaluación genitourinaria. Anamnesis alimentaria. Evaluación de riesgo individual o familia visitada o comunidad. Detección de población de riesgo en terreno (rescate). Screening ITS. Constancia de aplicación de inmunizaciones. Firma, aclaración y sello del profesional.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Control ginecológico	CT C008 A97	\$ 80	Control que incluye: 1. Evaluación genitourinaria: Incluye inspección, tacto genital y especuloscopia. 2. Examen mamario: incluye inspección y palpación. Realizado por ginecologo.	El control debe contener: Firma de notificación de derecho de confidencialidad. Fecha de nacimiento. Fecha de la prestación. Evaluación genitourinaria. Examen mamario. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Control odontológico	CT C010 A97	\$ 50	Control que incluye: 1. evaluación bucodental orientada a la pesquisa de infecciones periodontales y odontograma. 2. enseñanza de técnicas de higiene bucal. Realizado por odontólogo.	El registro debe contener: Fecha de Nacimiento. Fecha de realización de la práctica. Examen clínico y registro dental completo (ODONTOGRAMA). Índice CPOD y/o ceod según corresponda. Enseñanza de técnicas de higiene bucal. Firma, sello y aclaración del profesional que realiza la práctica. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: 1- Indice de CPOD	HC, HCOd	2 en un periodo de 1 año
	Consulta	Control oftalmológico	CT C011 A97	\$ 50	Control de la agudeza visual de adolescentes. Realizado por: médico con formación en oftalmología, medicina general, pediatría o clínica médica.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de la prestación. Medición de agudeza visual: utilizando las cartillas de Snellen e indicaciones según resultado. Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Inmunización	Dosis aplicada de doble viral (rubéola + sarampión)	IM V011 A98	\$ 30	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.	El registro debe contener: Fecha de la prestación. Fecha de nacimiento. Constancia de aplicación de inmunizaciones o certificación de vigencia en documentación para verificación en terreno. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, LE, RV, SI	1 en un periodo de 1 año
	Inmunización	Dosis aplicada de triple viral	IM V001 A98	\$ 20				1 en un periodo de 1 año
	Inmunización	Dosis aplicada de Doble adultos >16 años	IM V010 A98	\$ 30				1 en un periodo de 1 año
	Inmunización	Dosis aplicada de dTap triple acelular (refuerzo a los 11 años)	IM V008 A98	\$ 30				1 en un periodo de 1 año

Grupo: Adolescentes 10 a 19 años (hasta 19 años con 11 meses y 30 días)

(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia								
LÍNEA DE CUIDADO	T I P O	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL-DATORI-A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Prevención Primaria	Inmunización	Dosis aplicada de inmunización anti hepatitis B monovalente (a partir de 11 años no inmunizados previamente)	IM V009 A98	\$ 30	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.	El registro debe contener: Fecha de la prestación. Fecha de nacimiento. Constancia de aplicación de inmunizaciones o certificación de vigencia en documentación para verificación en terreno. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, LE, RV, SI	3 en un periodo de 1 año
	Inmunización	Dosis aplicada de Vacuna Antigripal en personas con factores de riesgo	IM V013 A98	\$ 30				1 en un periodo de 1 año
	Inmunización	Dosis aplicada de vacuna contra VPH (Virus Papiloma Humano) en niñas de 11 años o esquema atrasado	IM V014 A98	\$ 30				2 en un periodo de 1 año
	Inmunización	Dosis aplicada de vacuna contra neumococo en pacientes de riesgo	IM V015 A98	\$ 20				1 en un periodo de 1 año
	Práctica	Colocación de implante subdérmico en adolescentes mujeres de 15 a 19 años.	PR048 W14	\$ 115	Colocación de implante anticonceptivo hormonal subdérmico en mujeres de 15 a 19 años que hayan tenido un evento obstétrico previo o no. Realizado por integrante de equipo de salud capacitado.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Fecha del último parto/cesárea/aborto. FUM. Consejería integral en salud sexual y reproductiva/embarazo. Entrega de anticoncepción de barrera y/u hormonal. Plan de seguimiento (si corresponde). Realización de Test rápido de embarazo en consulta e informe por profesional (si corresponde). Screening ITS. Entrega de material educativo sobre SSy R y MAC. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación. Formulario de Registro de usuarias de implante subdérmico propuesto por el PNSSyPR debidamente completo y entregado según circuito.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consejería	Consejería en salud sexual (terreno)	CO T016 A98	\$ 80	Consejería en salud sexual en el domicilio de la persona. Realizado por agente sanitario y/o personal de salud capacitado.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Referencia con turno otorgado para seguimiento según evaluación de riesgos. Entrega de anticoncepción de barrera y/o hormonal (si corresponde). Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	2 en un periodo de 1 año
	Consejería	Salud Sexual en adolescente	CO T015 A98	\$ 80	Atención personalizada por cualquier integrante del equipo de salud capacitado para brindar información sobre derechos sexuales y reproductivos, salud sexual, ITS, VIH, métodos anticonceptivos, validada científicamente para promover la toma de decisiones consiente, autónoma e informada en relación a su salud sexual y reproductiva. Debe realizarse en un ambiente de privacidad y confidencialidad. Puede incluir la referencia a otro profesional, y la entrega de métodos anticonceptivos.		HC, FM	2 en un periodo de 1 año
	Consulta	Diagnóstico temprano y confidencial de embarazo en adolescente	CT C003 W78-A98	\$ 150	Diagnóstico de un embarazo antes de las 12 semanas de gestación con tira reactiva u otro método de diagnóstico. Realizada por cualquier integrante del equipo de salud capacitado.		HC, FM	1 en un periodo de 9 meses

Grupo: Adolescentes 10 a 19 años (hasta 19 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia								
LÍNEA DE CUIDADO	T I P O	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL-DATORI-A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Prevención Primaria	Captación	Consulta para confirmación diagnóstica en Población Indígena con riesgo detectado en terreno.	CA W006 A97 - A75 - B72 - B73 - B80 - B78 - B81 - B82 - D96 - D61 - D62 - D72 - B90 - K73 - K96 - K83 - K86 - T79 - T82 - T83 - T89 - T90 - Y70	\$ 60	Consulta efectuada en efector, de pacientes detectados en terreno con necesidad de estudios complementarios para confirmar el diagnóstico (dentro de los 20 días de captado). Realizado por médico pediatra, médico generalista, médico clínico. La práctica es válida si la población está autoidentificada como indígena en la ficha de inscripción.	El registro debe contener: Informe de referencia al efector con diagnóstico presuntivo y turno otorgado (plazo máximo de 20 días). Fecha de nacimiento de la paciente. Fecha de realización de la prestación. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC	1 en un periodo de 1 año
Enfermedades prevalentes en Salud Mental	Consulta	Intento de suicidio (urgencia)	CT C012 P98	\$ 60	Consulta realizada en servicio de GUARDIA debido a una acción autoinflingida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal actual. Evaluar riesgo y de acuerdo a esto se derivará a internación o consulta con turno otorgado dentro de las 48hs. En caso de que sea el médico el que realice la prestación, se programará una interconsulta con salud mental. Realizada por médico/a, psiquiatra o psicólogo, trabajador social o enfermero.	El registro debe contener: Uso de protocolo, Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación. Evaluación del riesgo individual o familia visitada o comunidad. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Referencia con turno otorgado epicrisis (indicando el CUIE o nombre del efector al que se refiere). Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Firma y sello del profesional.	HC, FM	3 en un periodo de 1 año
	Consulta	Seguimiento por intento de suicidio	CT C001 P98	\$ 100	Consulta realizada por derivación de urgencia. El seguimiento contará con un maximo de 3 entrevistas en donde se evaluará: el estado psíquico del paciente al momento de la consulta. Presencia de pensamientos y/o planes suicidas (en caso de detectar riesgo inminente se deriva a una guardia y se evalúa internación). Las razones por las cuales intentó suicidarse. Razones para permanecer con vida y evaluar estrategias para lograrlo. Fortalecer factores protectores de las personas y su entorno. Es deseable complementar la evaluación con una entrevista familiar (contemplada dentro de las tres consultas) y una interconsulta para control de salud. Realizada por psiquiatra y/o psicólogo en consultorio.	El registro debe contener: Uso de protocolo. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Evaluación individual o familia visitada o comunidad. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Firma y sello del profesional.	HC, FM	6 en un periodo de 1 año

Grupo: Adolescentes 10 a 19 años (hasta 19 años con 11 meses y 30 días)

(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia								
LÍNEA DE CUIDADO	T I P O	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL-DATORI-A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Enfermedades prevalentes en Salud Mental	Consulta	Consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas (urgencia/ consultorios externos)	CT C012 P20 - P23-P24	\$ 100	En servicio de GUARDIA incluyendo sus consultorios. NO CONSULTORIOS EXTERNOS CON TURNOS PROGRAMADOS. Consulta realizada debido a la ingesta de gran cantidad de alcohol, solo o asociado a otras sustancias psicoactivas. El diagnóstico de requerirse o disponer de los elementos necesarios se hará la confirmación por laboratorio. Es deseable que se realice una intervención breve para el consumo de alcohol previa al alta. Deberá referirse derivación a seguimiento con turno otorgado. Realizado por personal que se encuentre en la GUARDIA: profesional médico/a, psiquiatra o psicólogo, trabajador social o enfermero.	El registro debe contener: Uso de protocolo. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Referencia con turno otorgado o epicrisis (indicando el CUIE o nombre del efector al que se refiere). Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Consejería integral de salud en temas consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas. Firma y sello del profesional.	HC, FM	3 en un periodo de 1 año
Enfermedades prevalentes en Salud Mental	Consulta	Seguimiento por consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas (inicial)	CT C001 P20 - P23-P24	\$ 50	Realizado por medico/a con formación en medicina general, psicólogo o psiquiatra, trabajador social, enfermero o cualquier integrante del equipo de salud entrenado en intervenciones breves. En CONSULTORIO. Deberá realizarse una intervención breve para el consumo de alcohol. La misma deberá tener una duración de 40 minutos. Debe incluir: una evaluación diagnóstica integral: conformación diagnóstica clínica, estado de salud físico y mental. Evaluación de riesgo (cantidad, frecuencia y patrón de consumo de alcohol y/ u otras sustancias psicoactivas.) En caso de de consumo problemático/nocivo efectuar derivación a tratamiento de mayor complejidad en salud mental. Un vez finalizada la entrevista , derivar a seguimiento (ulterior). Luego de las tres entrevistas se recomienda continuar con su tratamiento de salud mental.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado. Plan de seguimiento (si corresponde). Consejería integral de salud en temas consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas. Firma y sello del profesional.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año

Grupo: Adolescentes 10 a 19 años (hasta 19 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia								
LÍNEA DE CUIDADO	T I P O	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL-DATORI-A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Enfermedades prevalentes en Salud Mental	Consulta	Seguimiento por consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas (ulterior)	CT C002 P20 - P23-P24	\$ 40	Realizado por médico/a con formación en medicina general, psicólogo o psiquiatra, trabajador social, enfermero o cualquier integrante del equipo de salud entrenado en intervenciones breves. En CONSULTORIO. Deberá extenderse por un mínimo de 1 consulta y un máximo de 3 en un lapso no mayor a tres meses. Cada entrevista deberá tener una duración mínima de 40 min aprox. Debe incluir: evaluación diagnóstica integral: conformación diagnóstica clínica, estado de salud física y mental. Evaluación de riesgo (cantidad, frecuencia y patrón de consumo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas). Espacio de consejería, con el objeto de desnaturalizar el CEA, instalar la percepción del problema y reducir daños futuros. En caso de consumo problemático/nocivo, efectuar derivación a tratamiento de mayor complejidad en salud mental. Una vez finalizada la entrevista, derivará seguimiento (ulterior).	Registro en HC: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado. Plan de seguimiento (si corresponde). Consejería integral de salud en temas como consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas. Firma y sello del profesional.	HC, FM	6 en un periodo de 1 año
Hemorragia en el 1er y 2do trimestre	Consejería	Consejería Post-aborto	CO T018 A98	\$ 80	Atención personalizada para brindar información para la toma de decisiones en relación a su salud sexual y reproductiva a una mujer que consulta por complicaciones de aborto, dada por cualquier integrante del equipo de salud capacitado. Debe realizarse en un ambiente de privacidad y confidencialidad y debe incluir la entrega del método anticonceptivo elegido antes del alta hospitalaria.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Consejería integral en salud sexual y reproductiva. Entrega de método anticonceptivo hormonal/barrera. Firma del responsable de la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
Obesidad	Consulta	Obesidad (inicial)	CT C001 T79 - T82	\$ 60	Consulta a cargo de médico pediatra, generalista o de familia donde se realiza el diagnóstico de Obesidad (pc de IMC +2DE de puntaje Z) con solicitud de estudios complementarios según guías y protocolos de atención.	El registro debe contener: Pesquisa de distorsión de percepción imagen corporal. Detección de trastornos alimenticios. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Examen físico según consenso o guías de protocolo. Peso. Talla. Percentilo de peso/edad-talla/peso (según grupo). Toma de TA. IMC. Percentilo de IMC. Percentilo de circunferencia de la cintura. Percentilo de TA. Circunferencia de la cintura. Anamnesis alimentaria. Plan de seguimiento instaurado (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Firma , aclaración y sello del responsable que realiza la prestación. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: Peso, Talla, TA	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Obesidad (ulterior)	CT C002 T79 - T82	\$ 40	Consulta a cargo de médico pediatra, donde se evaluará el resultado de los estudios solicitados según guías y protocolos de atención de y obesidad y la eventual interconsulta con especialistas. En esta consulta se debe indagar sobre la adherencia al tratamiento por parte del paciente y la colaboración por parte de su familia. Será un espacio para reforzar pautas alimentarias y promoción de actividad física ofreciendo las posibilidades con las que cuenta su comunidad en cuanto a la oferta de actividades deportivas acordes a la edad del paciente.		HC, FM	3 en un periodo de 1 año con intervalo de un mes

Grupo: Adolescentes 10 a 19 años (hasta 19 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia								
LÍNEA DE CUIDADO	T I P O	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL-DATORI-A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Sobrepeso	Consulta	Sobrepeso (inicial)	CT C001 T83	\$ 80	Consulta a cargo de médico pediatra, generalista o de familia donde se realiza el diagnóstico de sobrepeso (IMC pc entre 1 y 2DE puntaje Z) con solicitud de estudios complementarios según guías y protocolos de atención.	El registro debe contener: Pesquisa de distorsión de percepción imagen corporal. Detección de trastornos alimenticios. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Examen físico según consenso o guías de protocolo. Peso. Talla. Percentilo de peso/edad-talla/peso (según grupo). Toma de TA. IMC. Percentilo de IMC. Percentilo de circunferencia de la cintura. Percentilo de TA. Circunferencia de la cintura. Anamnesis alimentaria. Plan de seguimiento instaurado (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: Peso, Talla, TA.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Sobrepeso (ulterior)	CT C002 T83	\$ 50	Consulta a cargo de médico pediatra, donde se evaluará el resultado de los estudios solicitados según guías y protocolos de atención de sobrepeso y la eventual interconsulta con especialistas. En esta consulta se debe indagar sobre la adherencia al tratamiento por parte del paciente y la colaboración por parte de su familia. Será un espacio para reforzar pautas alimentarias y promoción de actividad física ofreciendo las posibilidades con las que cuenta su comunidad en cuanto a la oferta de actividades deportivas acordes a la edad del paciente.		HC, FM	3 en un periodo de 1 año
Sospecha patología oncológica	Consulta	Consulta: Sospecha de patología oncológica. Referencia a segundo nivel de atención	CT C001 A01-B04-B87-D24-F29-F74-F99-N01	\$ 90	Realizada por médico del 1er nivel de atención quien ante sospecha de patología oncológica en un niño/a debe completar el reporte de la prestación que servirá como documentación para la referencia a un 2do nivel de atención quedando una copia en la HC como fuente válida de facturación.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Referencia con turno otorgado o epicrisis (indicando el CUIE o nombre del efector al que se refiere). Reporte asociado debidamente completo y entregado según circuito. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 por beneficiario/a
Víctima de violencia sexual	Consulta	Víctima de Violencia Sexual (urgencia)	CT C012 Z31	\$ 150	Atención integral y confidencial a víctima de violencia sexual hasta seis meses de haberse producido el episodio. Puede ser realizada en servicios de emergencia o en otras instancias de atención dependiendo de la vía de ingreso al sistema de salud de la persona. Debe realizarse en un ambiente que garantice la privacidad, y que las acciones de atención cuenten con el consentimiento de la paciente, asegurando la confidencialidad del relato. En ningún caso la denuncia puede solicitarse como requisito para la atención. Realizada por un profesional integrante equipo de salud capacitado.	El registro debe contener: Denuncia obligatoria en menores de edad. Uso de protocolo de confidencialidad. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Evaluación genitourinaria. Entrega de anticonceptivos de emergencia. Consejería de salud sexual reproductiva en SS y R en embarazo. Screening ITS. Referencia con turno otorgado o epicrisis(indicando CUIE o nombre del efector al que s erefiere). Tratamiento instaurado(si corresponde). Profilaxis de HIV e ITS. Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, LG	2 en un periodo de 1 año

Grupo: Adultos 20 a 64 años (hasta 64 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias en PAIERC-SISA HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia, SITAM: Sistema de Información de Tamizaje, R.PAIERC-SISA: Registro de Personas con ERC								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Prevención Primaria	Consulta	Control periódico de salud (inicial)	CT C001 A97	\$ 100	Control integral del adulto entre 20 y 64 años de edad realizado por médico clínico, de familia o generalista en consultorio.	El registro debe contener: Amnesis orientada al riesgo, Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación, Rastreo de consumo de tabaquismo y otras drogas, Consejo conductual breve de cese de tabaquismo, Peso, Talla, Toma de TA, Índice de masa corporal (IMC), Circunferencia de cintura, Consejería integral en salud sexual y prevención de ITS (infecciones de transmisión sexual) en pacientes de riesgo. Entrega de anticonceptivos de barrera. Solicitud de perfil lipídico en >40 años cada 1 o 5 años de acuerdo al riesgo cardiovascular (RCV). Solicitud de espirometría en personas con carga tabáquica mayor a 40 paquetes por año. Solicitud de glucemia en ayunas en > de 45 años (anual). Screening de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Solicitud de test de sangre oculta en materia fecal SOMF. Inmunoquímico entre los 50 y 64 años de edad si corresponde anual. Evaluación del riesgo individual o familia visitada o comunidad. Plan de seguimiento (si corresponde). Consejería integral de salud en temas: consumo de alcohol o sustancias psicoactivas. Consejería dieta saludable en pacientes de riesgo. Consejería en actividad física en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Constancia de aplicación de Inmunizaciones. Firma, aclaración y sello de profesional actuante. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: TA	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Control periódico de salud (ulterior)	CT C002 A97	\$ 80	Seguimiento de adultos entre 20 y 64 años de edad para registrar hallazgos de rastreo y elaborar plan de cuidados realizado por médico clínico, de familia o generalista en consultorio.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Rastreo de consumo de tabaquismo y otras drogas. Consejo conductual breve de cese de tabaquismo. Toma TA. Consejería integral en salud sexual y prevención de ITS (infecciones de transmisión sexual) en pacientes de riesgo. Entrega de anticonceptivos de barrera. Informe o transcripción de estudios solicitados. Plan de seguimiento (si corresponde). Estimación de Riesgo Cardiovascular total entre los 40 y 64 años con tablas de predicción del riesgo de la OMS/SH (especialmente para HTA y Diabetes). Consejería integral de salud en temas: consumo de alcohol o sustancias psicoactivas. Consejería dieta saludable en pacientes de riesgo. Consejería en actividad física en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Consejo para la prevención de accidentes de tránsito. Constancia de aplicación de Inmunizaciones. Firma, aclaración y sello de profesional actuante.	HC, FM	2 en un periodo de 1 año
	Consejería	Consejo conductual breve de cese de tabaquismo	CO T023 P22	\$ 50	Consejería realizada por médico clínico, de familia o generalista, psicólogo o personal de salud capacitado. Brindar información clara, actualizada y validada de los daños provocados por el tabaquismo en el organismo. Recabar datos acerca del tiempo que lleva fumando, la cantidad diaria y los momentos en que más deséa el tabaco, para diseñar y programar una ayuda especializada.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Rastreo de consumo de tabaquismo y otras drogas. Consejo conductual breve de cese de tabaquismo. Firma, aclaración y sello de profesional actuante.	HC, FM	2 en un periodo de 1 año

Grupo: Adultos 20 a 64 años (hasta 64 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias en PAIERC-SISA HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia, SITAM: Sistema de Información de Tamizaje, R.PAIERC-SISA: Registro de Personas con ERC								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Prevención Primaria	Consulta	Control de salud individual para población indígena en terreno	CT C009 A97-A21-B02-D82-K86-X19-X20	\$ 100	Control integral del adulto realizado por médico clínico, de familia o generalista en hogares visitados. En esta instancia se debe informar sobre promoción, prevención y/o detección de enfermedades crónicas no transmisibles (ENTs), enfermedad renal crónica (ERC), detección temprana de cáncer, salud mental, inmunizaciones, abuso de sustancias, infecciones y infecciones de trasmisión sexual(ITS). En caso de detectado algún riesgo se derivará al efector para la realización de la consulta para confirmación diagnóstica en población indígena (CAW006) y de ser necesario estudios complementarios. La práctica es válida si la población está autoidentificada como indígena en la ficha de inscripción.	El registro debe contener: Amnesia orientada al riesgo. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Rastreo de consumo de tabaquismo y otras drogas. Consejo conductual breve de cese de tabaquismo. Peso. Talla. Toma de TA. Índice de masa corporal (IMC). Circunferencia de cintura. Screening de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Solicitud de test de sangre oculta en materia fecal SOMF. Inmunoquímico entre los 50 y 64 años de edad si corresponde anual. Evaluación del riesgo individual o familia visitada o comunidad. Referencia con turno otorgado o epicrisis (indicando el CUIE del efector al que se refiere). Estimación de Riesgo Cardiovascular total entre los 40 y 64 años con tablas de predicción del riesgo de la OMS/SH (especialmente para HTA y Diabetes). Detección de población de riesgo en terreno (rescate). Constancia de aplicación de Inmunizaciones. Firma, aclaración y sello de profesional actuante.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Captación	Consulta para confirmación diagnóstico en Población Indígena con riesgo detectado en terreno	CA W006 A97-A75-B80-B78-B81-B82-D61-D62-D72-B90-K96-K83-K86-X70-X75-X76-X79-X80	\$ 60	Consulta efectuada en efector, de pacientes detectados en terreno con necesidad de estudios complementarios para confirmar el diagnóstico (dentro de los 20 días de captado). Realizado por médico pediatra, médico generalista, médico clínico. La práctica es válida si la población está autoidentificada como indígena en la ficha de inscripción.	El registro debe contener: Amnesia orientada al riesgo. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Rastreo de consumo de tabaquismo y otras drogas. Consejo conductual breve de cese de tabaquismo. Informe de referencia al efector con diagnóstico presuntivo y turno otorgado (si corresponde). Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Firma, aclaración y sello de profesional actuante. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: TA	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Consulta oftalmológica	CT C011 A97	\$ 50	Control de la agudeza visual y de las patologías que comprenden el ojo. Realizado por: médico con formación en oftalmología.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Plan de seguimiento (si corresponde). Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Evaluación de la agudeza visual. Firma, aclaración y sello de profesional actuante	HC, FM	2 en un periodo de 1 año
	Consulta	Control odontológico	CT C010 A97	\$ 50	Control que incluye: 1. evaluación bucodental orientada a la pesquisa de infecciones periodontales y odontograma. 2. enseñanza de técnicas de higiene bucal. Realizado por odontólogo.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Examen clínico y registro de examen dental completo (odontograma). Enseñanza de técnicas de higiene bucodental. Índice CPOD y Ceod según corresponda. Firma y sello de profesional actuante. DATO REPORTABLE EN SISTEMA DE GESTIÓN SUMAR: 1- Índice de CPOD	HC, FM	2 en un periodo de 1 año
	Captación	Rescate de población adulta con riesgo	CA W007 A98	\$ 150	Búsqueda de adultos que abandonaron el seguimiento y presentan factores de riesgo o riesgo. Búsqueda hombres con test de sangre oculta positivo que abandonan diagnóstico complementario (colonoscopia). Búsqueda de personas con antecedentes personales o fliars de adenomas o cáncer colorrectal y personas con enfermedad inflamatoria intestinal que abandonaron el seguimiento. Realizado por cualquier integrante del centro de salud capacitado.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Detección de población de riesgo en terreno(rescate).	HC, FM	1 en un periodo de 1 año

Grupo: Adultos 20 a 64 años (hasta 64 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias en PAIERC-SISA HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia, SITAM: Sistema de Información de Tamizaje, R.PAIERC-SISA: Registro de Personas con ERC								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Prevención Primaria	Inmunización	Dosis aplicada de triple viral	IM V001 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Constancia de aplicación de Inmunizaciones o certificación de vigencia en documentación para verificación en terreno. Firma y sello de profesional actuante.	HC, LE, RV, SI	1 en un periodo de 1 año
	Inmunización	Dosis aplicada de doble viral (rubéola + sarampión)	IM V011 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.			1 en un periodo de 1 año
	Inmunización	Dosis aplicada de Vacuna Antrigripal en personas con factores de riesgo	IM V013 A98	\$ 30	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.			1 en un periodo de 1 año
	Inmunización	Dosis aplicada de vacuna anti hepatitis B monovalente	IM V009 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Constancia de aplicación de Inmunizaciones o certificación de vigencia en documentación para verificación en terreno. Firma y sello de profesional actuante.	HC, LE, RV, SI	3 en un periodo de 1 año
	Inmunización	Dosis aplicada de vacuna contra neumococo en pacientes de riesgo	IM V015 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.			1 en un periodo de 1 año
	Inmunización	Dosis aplicada de Doble adultos (dT)	IM V010 A98	\$ 20	Realizado por personal del vacunatorio, enfermeros capacitados, en vacunatorio, consultorio diferenciado o no diferenciado.			1 en un periodo de 1 año
Detección de riesgo de Enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes	Consulta	Consulta para la promoción de la salud renal, prevención, rastreo y/o diagnóstico precoz de la ERC en población vulnerable	CT C047 A98-U89	\$ 50	Consulta inicial. Consejería, diagnóstico y seguimiento de enfermedad renal crónica (ERC). Solicitud de estudios para evaluación de la función y daño renal. Consultas ulteriores: confirmación de estudios patológicos mediante una segunda solicitud de exámenes alterados (a los 3 meses del primero) según protocolo. Realizado por médico clínico, de familia o generalista en consultorio.	El registro debe contener: Uso de protocolo. Anamnesis orientada al riesgo. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Peso. Talla. Solicitud de laboratorio. Toma de TA. Índice de masa corporal (IMC). Circunferencia de cintura. Solicitud de glucemia en ayunas en > de 45 años (anual). Solicitud de estudios por imágenes según protocolo. Informe y transcripción de estudios solicitados (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Consejería. diagnóstico y seguimiento por estadíos de ERC según protocolo. Carga de personas con ERC en PAIERC SIISA, Firma y sello del profesional.	HC, FM, Registro de personas con ERC en PAIERC SIISA	2 en un periodo de 1 año
Detección de riesgo de Enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes	Consulta	Consulta para la evaluación del nivel de riesgo cardiovascular en población de riesgo	CT C048 K22	\$ 50	Evaluación del riesgo de padecer un episodio cardiovascular, mortal o no, en un periodo de 10 años, según el sexo, la edad, la presión arterial sistólica, el colesterol total en sangre, el consumo de tabaco y la presencia o no de diabetes realizado por médico clínico, de familia o generalista en consultorio.	El registro debe contener: Uso de protocolo. Anamnesis orientada al riesgo. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Peso. Talla. Solicitud de laboratorio. Toma de TA. Índice de masa corporal (IMC). Circunferencia de cintura. Evaluación de riesgo individual o familia visitada o comunidad. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Estimación de Riesgo Cardiovascular total entre los 40 y 64 años con tablas de predicción del riesgo de la OMS/SH (especialmente para HTA y Diabetes). Firma y sello del profesional.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
Detección de riesgo de Enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes	Notificación	Notificación del nivel de riesgo cardiovascular < 10%	NT N007 K22	\$ 50	Consiste en brindar información clara y precisa al paciente respecto del riesgo de tener un evento cardiovascular en 10 años. Realizado por médico clínico, de familia o generalista en consultorio.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la notificación. Estimación de Riesgo Cardiovascular total entre los 40 y 64 años con tablas de predicción del riesgo de la OMS/SH (especialmente para HTA y Diabetes). Firma y sello del profesional	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Notificación	Notificación del nivel de riesgo cardiovascular 10%-< 20%	NT N008 K22	\$ 50			HC, FM	2 en un periodo de 1 año
	Notificación	Notificación del nivel de riesgo cardiovascular 20%-< 30%	NT N009 K22	\$ 50			HC, FM	4 en un periodo de 1 año
	Notificación	Notificación del nivel de riesgo cardiovascular ≥ 30%	NT N010 K22	\$ 50			HC, FM	4 en un periodo de 1 año

Grupo: Adultos 20 a 64 años (hasta 64 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias en PAIERC-SISA HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia, SITAM: Sistema de Información de Tamizaje, R.PAIERC-SISA: Registro de Personas con ERC								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO <small>(cant. máx. por beneficiario/a)</small>
Detección de riesgo de Enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes	Consulta	Consulta de seguimiento de personas con riesgo cardiovascular.	CT C049 K22	\$ 50	Consulta de seguimiento de acuerdo al riesgo. Riesgo bajo se sugiere manejo discreto centrados en cambios del modo de vida y monitorización anual del perfil de riesgo. Riesgo moderado se sugiere monitorización del perfil de riesgo cada 6 a 12 meses. Riesgo alto o muy alto se sugiere monitorización de perfil de riesgo cada 3 a 6 meses. Realizado por médico clínico, de familia o generalista en consultorio.	El registro debe contener: Rastreo de consumo de tabaquismo y otras drogas. Consejo conductual breve de cese de tabaquismo. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Toma de TA. Informe y transcripción de estudios solicitados (si corresponde). Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria. Tratamiento instaurado(si corresponde). Plan de seguimiento(si corresponde). Estimación de Riesgo Cardiovascular total entre los 40 y 64 años con tablas de predicción del riesgo de la OMS/SH (especialmente para HTA y Diabetes). Consejo dieta saludable en adultos de riesgo. Consejería en actividad física en pacientes con factores riesgo cardiovascular. Firma y sello del profesional	HC, FM	3 en un periodo de 1 año
	Consulta	Consulta con nefrología	CT C045 U89	\$ 20	Consejería, diagnóstico y seguimiento por estadios de ERC según protocolo, destinada en quienes se confirma una ERC en estadios III, IV y V. Articulación para referencia y contrarreferencia con el 1er nivel de atención. Información al paciente con ERC terminal y su familia respecto de las distintas alternativas de tratamientos sustitutivos (hemodiálisis, diálisis peritoneal, trasplante renal con donante vivo o cadavérico). Gestión y seguimiento de la elección terapéutica. Acompañamiento y gestión para el ingreso a lista de espera de trasplante renal si corresponde. Seguimiento de pacientes bajo los distintos tratamientos sustitutivos, junto a los equipos de diálisis o trasplante. Realizado por médico/a especialista en nefrología en consultorio de nefrología o de salud renal.	El registro debe contener: Uso de protocolo. Anamnesis orientada al riesgo. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Peso. Solicitud de laboratorio según protocolo. Toma de TA. IMC. Circunferencia de cintura. Solicitud de estudios por imágenes según protocolo. Informe o transcripción de estudios solicitados. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado. Plan de seguimiento. Consejería. diagnóstico seguimiento por estadios de ERC según protocolo. Carga de personas en ERC en PAIERC SIISA. Firma y sello del profesional actuante.	HC, FM	2 en un periodo de 1 año
	Consulta	Consulta con cardiología	CT C044 K22	\$ 20	Consulta para evaluación y seguimiento de pacientes con patología cardíacas realizado por médico cardiólogo en consultorio.	El registro debe contener: Rastreo de consumo de tabaquismo y otras drogas (según corresponda). Consejo conductual breve de cese de tabaquismo. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Peso. Solicitud de laboratorio según protocolo. Toma de TA. IMC. Circunferencia de cintura. Informe o transcripción de estudios solicitados. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado. Plan de seguimiento. Estimación RCV total entre los 40 y 64 años con "tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH"(especialmente si HTA y DBT). Consejo dieta saludable en adultos de riesgo. Consejería en actividad física en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Firma y aclaración del médico	HC, FM	2 en un periodo de 1 año
	Consulta	Consulta para diagnóstico precoz en población vulnerable de Diabetes	CTC 050 A98-T89-T90	\$ 50	Consulta de evaluación de riesgo de presencia de diabetes y solicitud de exámenes complementarios, según protocolo. Realizado por médico clínico, de familia o generalista en consultorio.	El registro debe contener: Anamnesis orientada al riesgo. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Solicitud de laboratorio según protocolo. Peso. Toma de TA. Índice de masa corporal (IMC). Circunferencia de cintura. Consejo dieta saludable en adultos de riesgo. Consejería en actividad física en pacientes con factores riesgo cardiovascular. Firma y sello del profesional.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Consulta de seguimiento de personas con Diabetes tipo II	CT C051 T89-T90	\$ 30	Consulta de evaluación y seguimiento de pacientes con Diabetes tipo II para control o ajustes del tratamiento. Realizado por médico clínico, de familia o generalista en consultorio.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Peso. Toma de TA. Índice de masa corporal (IMC). Informe y transcripción de estudios solicitados. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Consejo dieta saludable en adultos de riesgo. Consejería en actividad física en pacientes con factores riesgo cardiovascular. Firma y sello del profesional.	HC, FM	2 en un periodo de 1 año

Grupo: Adultos 20 a 64 años (hasta 64 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias en PAIERC-SISA HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia, SITAM: Sistema de Información de Tamizaje, R.PAIERC-SISA: Registro de Personas con ERC								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Detección de riesgo y diagnóstico oportuno de Cáncer colorrectal	Consulta	Consulta de consejería de antecedentes y riesgo de Cáncer colorrectal(inicial)	CT C001 A98-D04-D16-D18	\$ 50	Consulta de evaluación y riesgo colorrectal inicial para varones y mujeres en las siguientes situaciones: Test de sangre oculta positivo. Presencia de antecedentes familiar o personal de adenoma o cáncer colorrectal. Enfermedad inflamatoria intestinal. Síndrome de Lynch. Síndrome poliposicos. Pacientes sintomáticos. Derivación a estudios diagnósticos, principalmente colonoscopia diagnóstica (R011). Realizado por médico clínico, de familia o generalista en consultorio.	El registro debe contener: Uso de protocolo. Anamnesis orientada al riesgo. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Peso. Solicitud de laboratorio según protocolo. Solicitud de colonoscopia /rectosigmoideoscopia (según riesgo). Informe o transcripción de estudios solicitados. Evaluación de riesgo individual o familia visitada o comunidad. Solicitud de test de sangre oculta en materia fecal inmunoquímico: entre 50 y 60 años de edad, si corresponde (anual). Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Carga al SITAM. Firma y sello del profesional.	HC, FM, SITAM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Consulta de consejería de antecedentes y riesgo de Cáncer colorrectal(ulterior)	CT C002 A97-D75-D78	\$ 30	Consulta de evaluación de antecedentes y riesgo de cáncer colorrectal posterior a estudios diagnósticos para establecer pautas de vigilancia y referenciar a diagnóstico adicionales y eventualmente tratamientos. Realizado por médico clínico, de familia o generalista en consultorio.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Peso. Informe o transcripción de estudios solicitados. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado. Plan de seguimiento (si corresponde). Carga en SITAM. Firma y sello del profesional.	HC, FM, SITAM	3 en un periodo de 1 año
Enfermedades prevalentes en Salud Mental	Consulta	Intento de suicidio (urgencia)	CT C012 P98	\$ 90	Consulta realizada en servicio de GUARDIA debido a una acción autoinflingida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal actual. En caso de que sea el médico que realice la prestación, deberá realizar una interconsulta con salud mental. Evaluar riesgo y de acuerdo a esto se derivará a internación o consulta con turno otorgado dentro de las 48hs. A realizar por profesional médico/a, psiquiatra, psicólogo, trabajador social o enfermero.	El registro debe contener: Uso de protocolo. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Evaluación del riesgo individual o familia visitada o comunidad. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Referencia con turno otorgado epicrisis (indicando el CUIE o nombre del efector al que se refiere). Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde), Firma y sello del profesional.	HC, LG	3 en un periodo de 1 año
Enfermedades prevalentes en Salud Mental	Consulta	Seguimiento por intento de suicidio	CT C001 P98	\$ 50	Consulta realizada por derivación de urgencia y/o espontánea. El seguimiento contará con un maximo de 3 entrevistas en donde se evaluará: el estado psiquico del paciente al momento de la consulta. Presencia de pensamientos y/o planes suicidas (en caso de detectar riesgo inminente se deriva a una guardia y se evalua internación). Las razones por las cuales intentó suicidarse. Razones para permanecer con vida y evaluar estrategias para lograrlo. Fortalecer factores protectores de las personas y su entorno. Es deseable complementar la evaluación con una entrevista familiar (contemplada dentro de las tres consultas) y una interconsulta para control de salud. Realizada por psiquiatra y/o psicólogo en consultorio.	El registro debe contener: Uso de protocolo. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Evaluación individual o familia visitada o comunidad. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Firma y sello del profesional.	HC, FM	6 en un periodo de 1 año
Enfermedades prevalentes en Salud Mental	Consulta	Consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas (urgencia/ consultorios externos)	CT C012 P20-P23-P24	\$ 90	Consulta realizada debido a la ingesta de gran cantidad de alcohol, solo o asociado a otras sustancias psicoactivas. El diagnóstico de requerirse o disponer de los elementos necesarios se hará la confirmación por laboratorio. Es deseable que se realice una intervención breve para el consumo de alcohol previa al alta. Deberá referirse derivación a seguimiento con turno otorgado. Personal que se encuentre en la GUARDIA: profesional médico/a, psiquiatra, psicólogo, trabajador social o enfermero. En servicio de GUARDIA incluyendo sus consultorios. NO CONSULTORIOS EXTERNOS CON TURNOS PROGRAMADOS.	El registro debe contener: Uso de protocolo. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Referencia con turno otorgado o epicrisis (indicando el CUIE o nombre del efector al que se refiere). Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Consejería integral de salud en temas consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas. Firma y sello del profesional.	HC, FM	3 en un periodo de 1 año

Grupo: Adultos 20 a 64 años (hasta 64 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia, SITAM: Sistema de Información de Tamizaje, R.PAIERC-SISA: Registro de Personas con ERC en PAIERC-SISA								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Enfermedades prevalentes en Salud Mental	Consulta	Seguimiento por consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas (inicial)	CT C001 P20-P23-P24	\$ 50	Evaluación diagnóstica integral que incluya; conformación diagnóstica clínica, estado de salud físico y mental. Evaluación de riesgo (cantidad, frecuencia y patrón de consumo de alcohol y/ u otras sustancias psicoactivas.). En caso de consumo problemático/nocivo efectuar derivación a tto de mayor complejidad en de salud mental. Un vez finalizada la entrevista , derivar a seguimiento (ulterior). Luego de las tres entrevistas se recomienda continuar con su tratamiento de salud mental. Realizada por cualquier integrante del equipo de salud entrenado en abordaje de adicciones. En CONSULTORIO.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado. Plan de seguimiento (si corresponde). Consejería integral de salud en temas consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas. Firma y sello del profesional.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
Enfermedades prevalentes en Salud Mental	Consulta	Seguimiento por consumo episódico excesivo de alcohol y/o otras sustancias psicoactivas (ulterior)	CT C002 P20-P23-P24	\$ 30	Evaluación diagnóstica integral que incluya conformación diagnóstica clínica, estado de salud física y mental. Evaluación de riesgo (cantidad, frecuencia y patrón de consumo de alcohol y/otras sustancias psicoactivas). Espacio de consejería, con el objeto de desnaturalizar el CEA, instalar la percepción del problema y reducir daños futuros. En caso de consumo problemático/nocivo, efectuar derivación a tratamiento de mayor complejidad en salud mental. Una vez finalizada la entrevista, derivará seguimiento (ulterior). Realizada por cualquier integrante del equipo de salud entrenado en abordaje de adicciones. En consultorio. Deberá extenderse por un mínimo de 1 consulta y un máximo de 3 en un lapso no mayor a 3 meses. Cada entrevista debe tener una duración mínima de 40 min aprox.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado. Plan de seguimiento (si corresponde). Consejería integral de salud en temas como consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas. Firma y sello del profesional.	HC, FM	6 en un periodo de 1 año

Grupo: Adultos 20 a 64 años (hasta 64 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias en PAIERC-SISA HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia, SITAM: Sistema de Información de Tamizaje, R.PAIERC-SISA: Registro de Personas con ERC								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO <small>(cant. máx. por beneficiario/a)</small>
Anemia leve y moderada	Consulta	Anemia leve y moderada 20 a 49 años en la mujer (inicial)	CT C001 B80	\$ 35	Consulta inicial de la anemia leve y moderada (hasta 7 gr/dl de hemoglobina). Realizado por médico clínico, de familia o generalista en consultorio.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Anamnesis alimentaria. Síntomas o Diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Tratamiento instaurado (si corresponde). Evaluación de riesgo individual o familia visitada o comunidad. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Anemia leve y moderada 20 a 49 años en la mujer (ulterior)	CT C002 B80	\$ 25	Consulta de seguimiento de la anemia leve y moderada (hasta 7 gr/dl de hemoglobina). Realizado por médico clínico, de familia o generalista en consultorio.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento, Fecha de realización de la prestación. Anamnesis alimentaria. Informe o transcripción de estudios solicitados. Tratamiento instaurado (si corresponde). Evaluación de riesgo individual o familia visitada o comunidad. Tratamiento instaurado (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	2 en un periodo de 1 año
Detección de Cáncer prevalente	Consulta	Diagnóstica y seguimiento de CA cervicouterino (inicial)	CT C001 X75	\$ 50	Se debe realizar luego de una consulta ginecológica donde hubo resultado de PAP anormal o luego de derivación médica por sintomatología clínica, de diagnóstico. Lo realizan médico/as ginecólogo/as.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Informe o transcripción de estudios solicitados. Síntomas o Diagnóstico con prueba confirmatoria (si corresponde). Plan de seguimiento (si corresponde). Firma, sello y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Diagnóstica y seguimiento de CA cervicouterino (ulterior)	CT C002 X75	\$ 30	Se debe realizar luego de una consulta ginecológica donde hubo resultado de PAP anormal o luego de derivación médica por sintomatología clínica, de seguimiento. Lo realizan médico/as ginecólogo/as.		HC, FM	3 en un periodo de 1 año
Detección de Cáncer prevalente	Práctica	Colposcopia de lesión en cuello uterino, realizada por especialista en ASC- H, H- SIL, Cáncer (CA cervicouterino)	PR P002 X75-X86	\$ 100	Exploración visual del conducto vaginal y cuello de utero de la paciente. Lo realizan médico/as ginecólogo/as especializado.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la consulta. Evaluación genitourinaria: Incluye inspección, tacto genital y especuloscopia. Evaluación de mamas(en PRP007X19, X30). Informe o transcripción de estudios solicitados. Síntomas o diagnóstico con prueba confirmatoria. Plan de seguimiento. Firma y sello o aclaración del responsable de la prestación.	HC, FM	2 en un periodo de 1 año
	Práctica	Biopsia de lesión en cuello uterino, realizada por especialista en ASC- H, H- SIL, Cáncer (CA cervicouterino)	PR P007 X86	\$ 100	Extracción de una muestra de tejido del cuello uterino para ver si tiene células cancerosas. Lo realiza especialista en ASC- H, H- SIL, Cáncer (CA cervicouterino).	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la consulta. Informe o transcripción de estudios solicitados. Plan de seguimiento (si corresponde). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Práctica	Toma de muestra citológica (25 a 64 años) (Tamizaje CA cervicouterino)	PR P018 A98	\$ 100	Toma de muestra citológica para papanicolaou (PAP). Lo realizan médico ginecologo o generalista, licenciado en obstetricia entrenados.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la consulta. Toma de muestra de PAP en mujeres de 25 a 64 años (cada 3 años en pacientes con resultado negativo). Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la práctica.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Práctica	Toma de muestra para prueba de VPH en mujeres de 30 a 64 años	PR P037 A98	\$ 30	Toma de muestra para prueba de VPH en mujeres de 30 a 64 años (cada 3 años en pacientes con resultado positivo). Lo realizan médico ginecologo o generalista, licenciado en obstetricia entrenados.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la consulta. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la práctica.	HC, FM, SITAM	1 en un periodo de 1 año
Prevención Primaria	Consulta	Control preconcepcional (inicial)	CT C004 A97	\$ 20	Consulta inicial para el control de salud de la mujer previa al embarazo para su consejería y debida preparación. Lo realizan médico ginecologo o generalista, licenciado en obstetricia entrenados.	El registro debe contener: Peso. Talla. IMC. Toma de TA. Evaluación genito uterina. Evaluación de riesgo individual o familia visitada o comunidad. Examen mamario. Solicitud de Laboratorio según Protocolo. Toma de muestra para PAP en mujeres mayores de 24 años (cada 3 años en pacientes con resultados negativos).Constancia de Indicación de suplementación con hierro / Ac. Fólico (según normativa vigente por grupo).	HC, FM	1 en un periodo de 1 año

Grupo: Adultos 20 a 64 años (hasta 64 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias en PAIERC-SISA HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia, SITAM: Sistema de Información de Tamizaje, R.PAIERC-SISA: Registro de Personas con ERC								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Prevención Primaria	Consulta	Control preconcepcional (seguimiento)	CT C013 A97	\$ 10	Consultas ulteriores para el control de salud de la mujer previa al embarazo para su consejería y debida preparación. Lo realizan médico ginecologo o generalista, licenciado en obstetricia entrenados.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento de la paciente. Fecha de realización de la prestación. Constancia de aplicación de Inmunizaciones o certificación de vigencia en HC. Informe o transcripción de estudios solicitados. Constancia de Indicación de suplementación con hierro / Ac. Fólico (según normativa vigente por grupo). Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	2 en un periodo de 1 año
	Consejería	Consejería en Salud sexual y procreación responsable	CO T020 A98	\$ 25	Consejería donde se brinda información sobre derechos sexuales y reproductivos, salud sexual, ITS, VIH, métodos anticonceptivos, validada científicamente para promover la toma de decisiones consiente, autónoma e informada en relación a la salud sexual y reproductiva. Realizado por cualquier integrante de equipo de salud capacitado.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Consejería integral en salud sexual y procreación responsable. Entrega de anticoncepción de barrera y/u hormonal. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Consulta	Control ginecológico	CT C008 A97	\$ 80	Control que incluye: 1. Evaluación genitourinaria; inspección, tacto genital y especuloscopia (si corresponde). 2. Examen mamario; inspección y palpación. Lo realizan médico/as ginecólogo/as.	El control debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de la prestación. Evaluación genitourinaria. Examen mamario. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
Hemorragia en el 1er. y 2do. Trimestre	Consejería	Consejería Post Aborto	CO T018 A98	\$ 30	Atención personalizada para brindar información para la toma de decisiones en relación a la salud sexual y reproductiva de una mujer que consulta por complicaciones de aborto. Debe realizarse en un ambiente de privacidad y confidencialidad y debe incluir la entrega del método anticonceptivo elegido antes del alta hospitalaria. Realizada por cualquier integrante del equipo de salud capacitado.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Firma de notificación de derecho de confidencialidad y /o consentimiento informado. Consejería integral en salud sexual y reproductiva. Entrega de método anticonceptivo hormonal/barrera. Firma y Sello del responsable de la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
Victima de violencia sexual	Consulta	Víctima de Violencia Sexual (urgencia)	CT C012 Z31	\$ 150	Atención integral y confidencial a víctima de violencia sexual hasta seis meses de haberse producido el episodio. Puede ser realizada en servicios de emergencia o en otras instancias de atención dependiendo de la vía de ingreso al sistema de salud de la persona. Debe realizarse en un ambiente que garantice la privacidad, y que las acciones de atención cuenten con el consentimiento de la paciente, asegurando la confidencialidad del relato. En ningún caso la denuncia puede solicitarse como requisito para la atención. Realizada por un profesional integrante del equipo de salud capacitado.	El registro debe contener: Denuncia obligatoria en menores de edad. Uso de protocolo de confidencialidad. Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Evaluación Genitourinaria. Entrega de anticonceptivos de emergencia, Consejería de salud sexual reproductiva en SS y R en embarazo. Screening ITS. Referencia con turno otorgado o epicrisis (indicando CUIE o nombre del efector al que s erefiere). Tratamiento instaurado (si corresponde). Profilaxis de HIV e ITS. Firma, aclaración y sello del responsable que realiza la prestación.	HC, LG	2 en un periodo de 1 año

Grupo: Adultos 20 a 64 años (hasta 64 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias en PAIERC-SISA HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia, SITAM: Sistema de Información de Tamizaje, R.PAIERC-SISA: Registro de Personas con ERC								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Infertilidad	Consejería	Consejería inicial en sospecha de infertilidad a la pareja	CO T024 W15	\$ 85	La consulta inicial tendrá como objetivo identificar a través del interrogatorio y el examen físico los posibles factores involucrados en la infertilidad de la pareja, iniciar el asesoramiento preconcepcional y orientar a la pareja sobre un pronóstico reproductivo inicial teniendo en cuenta la edad, la duración de la infertilidad y las características de la historia clínica. Realizado por tocoginecólogo general. La evaluación inicial se realiza en forma simultánea para ambos miembros de la pareja, debe realizada de manera práctica, expeditiva y costo-efectiva para diagnosticar en principio las causas más frecuentes de infertilidad. Deben tenerse en cuenta los aspectos emocionales y establecer una buena relación médicopareja. 1) Protocolo de la prestación: Consejería inicial a la pareja con diagnóstico clínico de infertilidad considerada como tal la incapacidad de una pareja de concebir y llevar un embarazo a término luego de un año de mantener relaciones sexuales sin protección. Ese lapso de tiempo es menor (6 meses) en pacientes mayores de 38 años.	El registro debe contener: datos relevantes asociados a la infertilidad de ambos miembros de la pareja. Antecedentes familiares: oncológicos, cardiovasculares, diabetes mellitus, infertilidad, enfermedades hereditarias, malformaciones congénitas, retardo mental y antecedentes ginecoobstétricos. Se sugiere interrogar por familiares de 1er y 2do grado.Antecedentes personales: edad, años de infertilidad, cirugías previas, hospitalizaciones previas, antecedentes de enfermedades cardiovasculares, metabólicas, renales, hepáticas, infecciosos, tiroideas, hematológicas, neurológicas. Antecedentes ginecoobstétricos: menarca, ciclos menstruales, métodos anticonceptivos, dismenorrea, hirsutismo, galactorrea, dispareunia, dolor abdominopelviano, exposición a ETS, etc. Alergias, hábitos (tabaco, alcohol, dieta, ejercicio, drogadicción), medicación actual, exposición a tóxicos ambientales entre otros. Antecedentes masculinos de cirugías, criptorquidia, infecciones genitales, parotiditis, enfermedades metabólicas, endocrinológicas, traumatismos, hábitos (tabaco, alcohol, drogadicción), medicación actual, stress, ocupación. Examen físico femenino: Peso, talla, cintura, cadera, BMI, hábito, tensión arterial, signos de exceso de andrógenos, examen mamario, examen tiroideo y abdomino-pelviano. Inspección de vulva, especuloscopia y tacto vaginal. Fecha del último control ginecológico.Estudios prenatales: Ig G Rubéola, Ig G toxoplasmosis, grupo y factor RH, HIV, HBs Ag, Ig G HC, VDRL. Control ginecológico: PAP, Colposcopia y examen	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
Infertilidad	Notificación	Referencia ante sospecha de infertilidad en mujer a centro de atención según complejidad	NT N020 W15	\$ 50	El tocoginecólogo de cabecera realizará la derivación al equipo de esterilidad luego de haber realizado el estudio inicial de la mujer infértil.Se debe tener en cuenta si hay elementos de mal pronóstico que justifiquen la interconsulta directa y prioritaria al nivel secundario. Algunas características a tener en cuenta son las siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Edad mayor a 35 años• Infertilidad mayor a 3 años• Historia de: Embarazo ectópico, EPI, ETS, cirugía pélvica, endometriosis.• Dismenorrea o Dolor Pélvico Severo.• Recuento folículos antrales< 7• Mioma mayor o igual 5 cm• Mioma submucoso (cualquier tamaño)• Pólipo Endometrial• Tumor anexial sólido o mixto 1) Protocolo de la prestación: Referencia a un centro especializado en infertilidad de una mujer con diagnóstico clínico de infertilidad. Debe realizarse luego del estudio inicial o ante la presencia de factores de mal pronóstico de manera inmediata.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Evaluación genitourinaria. Informe o transcripción de estudios solicitados. Plan de Seguimiento. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación. Datos deseables: Consejería integral en salud sexual y reproductiva/embarazo, Entrega de material educativo sobre SSyR, Referencia con turno otorgado o epicrisis (indicando el CUIE o nombre del efector al que se refiere).	HC, FM	1 en un periodo de 1 año

Grupo: Adultos 20 a 64 años (hasta 64 años con 11 meses y 30 días)								
(*) Referencias HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, HCOd: Historia Clínica Odontológica, LE: Libro de Enfermería, RV: Registro de Vacunatorio, SI: Sistema Informático, LG: Libro de Guardia, SITAM: Sistema de Información de Tamizaje, R.PAIERC-SISA: Registro de Personas con ERC en PAIERC-SISA								
LÍNEA DE CUIDADO	TIPO	PRESTACIÓN	CÓDIGO SUMAR	P R E C I O	ALCANCE	DATOS MÍNIMOS OBLIGATORIOS PARA HC	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
Infertilidad	Consulta	Consulta con relevamiento de: Antecedentes familiares/ Antecedentes personales/Antecedentes ginecoobstétricos/Examen físico femenino/ Solicitud/ transcripción de Estudios prenatales/Control ginecológico	CT C043 W15	\$ 85	La consulta corresponde a ambos miembros de la pareja y se indagan los siguientes antecedentes. Antecedentes familiares: oncológicos, cardiovasculares, diabetes mellitus, infertilidad, enfermedades hereditarias, malformaciones congénitas, retardo mental y antecedentes ginecoobstétricos. Se sugiere interrogar por familiares de primer y segundo grado / Antecedentes personales: edad, años de infertilidad, cirugías previas, hospitalizaciones previas, antecedentes de enfermedades cardiovasculares, metabólicas, renales, hepáticas, infecciosos, tiroideas, hematológicas, neurológicas / Antecedentes ginecoobstétricos: menarca, ciclos menstruales, métodos anticonceptivos, dismenorrea, hirsutismo, galactorrea, dispareunia, dolor abdominopelviano, exposición a ETS, etc. Alergias, hábitos (tabaco, alcohol, dieta, ejercicio, drogadicción), medicación actual, exposición a tóxicos ambientales entre otros / Antecedentes masculinos de cirugías, criptorquidia, infecciones genitales, parotiditis, enfermedades metabólicas, endocrinológicas, traumatismos, hábitos (tabaco, alcohol, drogadicción), medicación actual, stress, ocupación / Examen físico femenino: Peso, talla, cintura, cadera, BMI, hábito, tensión arterial, signos de exceso de andrógenos, examen mamario, examen tiroideo y abdomino-pelviano. Inspección de vulva, especuloscopia y tacto vaginal. Fecha del último control ginecológico / Estudios prenatales: Ig G Rubéola, Ig G toxoplasmosis, grupo y factor RH, HIV, HBs Ag, Ig G HC, VDRL. Control ginecológico: PAP, Colposcopia y examen mamario. Indicar la suplementación de ácido fólico 1 mg/día. Lo realiza médico tocoginecólogo general.	El registro debe contener: Fecha de nacimiento. Fecha de realización de la prestación. Informe o transcripción de estudios solicitados. Plan de Seguimiento. Firma, aclaración y sello del profesional que realiza la prestación.	HC, FM	1 en un periodo de 1 año

Anexo: Prácticas, Imágenes y Laboratorio

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, LE: Libro de Enfermería, RL: Registro de Laboratorio, LR: Libro de Registro, RI: Registro de Imágenes.

Tipo	Prestación	Código SUMAR			Grupo						P r e c i o	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
					Embarazadas/Puerperas		Niños		Adolescen-tes	Adultos			
					Normal	Riesgo	0- 5	6-9	10- 19	20- 64			
PRACTICA	Cateterización	PR	P001	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 10,00	LE	4 en un periodo de 1 año
	Colocación de DIU	PR	P003	VMDA (*)					x	x	\$ 150,00	HC, FM	1 en un periodo de 1 año
	Electrocardiograma	PR	P004	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 10,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Extracción de sangre	PR	P008	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	4 en un periodo de 1 año
	Incisión/drenaje/lavado	PR	P009	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 20,00	LE	2 en un periodo de 1 año
	Inyección/infiltración local/venopuntura	PR	P010	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	LE	4 en un periodo de 1 año
	Medicina física/rehabilitación	PR	P011	VMDA (*)			x	x	x		\$ 10,00	LR	20 en un periodo de 1 año
	Pruebas de sensibilización	PR	P014	VMDA (*)				x	x		\$ 10,00	LE	2 en un periodo de 1 año
	Fondo de Ojo	PR	P028	VMDA (*)		x	x	x	x	x	\$ 10,00	HC, FM	2 en un periodo de 1 año
	Proteinuria rápida con tira reactiva	PR	P030	VMDA (*)		x				x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Monitoreo fetal anteparto	PR	P031	W78							\$ 15,00	HC, FM	2 en un periodo de 9 meses
IMÁGENES	Ecografía bilateral de caderas (menores de 2 meses)	IG	R005	VMDA (*)			x				\$ 30,00	RI	1 en un periodo de 1 año
	Ecografía de cuello	IG	R007	VMDA (*)				x	x		\$ 10,00	RI	1 en un periodo de 1 año
	Ecografía ginecológica	IG	R008	VMDA (*)	x	x			x	x	\$ 40,00	RI	1 en un periodo de 1 año
	Ecografía ginecológica en embarazo, parto o puerperio	IG	R008	W78, W86							\$ 40,00	RI	3 en un periodo de 9 meses
	Ecografía mamaria	IG	R009	VMDA (*)							\$ 25,00	RI	1 en un periodo de 1 año
	Ecografía mamaria en embarazo, parto o puerperio	IG	R009	W78, W86						x	\$ 25,00	RI	1 en un periodo de 9 meses
	Ecografía tiroidea	IG	R010	VMD (*)						x	\$ 20,00	RI	1 en un periodo de 1 año
	Rx codo, antebrazo, muñeca, mano, dedos, rodilla, pierna,	IG	R017	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 10,00	RI	2 en un periodo de 1 año
	Rx colon por enema, evacuado e insuflado (con o sin doble	IG	R018	VMDA (*)						x	\$ 25,00	RI	1 en un periodo de 1 año
	Rx columna cervical (total o focalizada) (fte. y perf.)	IG	R019	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 10,00	RI	1 en un periodo de 1 año
	Rx columna dorsal (total o focalizada) (fte. y perf.)	IG	R020	VMDA (*)				x	x	x	\$ 10,00	RI	1 en un periodo de 1 año
	Rx columna lumbar (total o focalizada) (fte. y perf.)	IG	R021	VMDA (*)				x	x	x	\$ 10,00	RI	1 en un periodo de 1 año
	Rx craneo (fte. Y perfil). Rx senos paranasales	IG	R022	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 10,00	RI	2 en un periodo de 1 año
	Rx estudio seriado tránsito esofagogastroduodenal	IG	R023	VMDA (*)			x			x	\$ 25,00	RI	1 en un periodo de 1 año
	Rx estudio transito de intestino delgado y cecoapendicular	IG	R024	VMDA (*)						x	\$ 25,00	RI	1 en un periodo de 1 año

Anexo: Prácticas, Imágenes y Laboratorio

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, LE: Libro de Enfermería, RL: Registro de Laboratorio, LR: Libro de Registro, RI: Registro de Imágenes.

Tipo	Prestación	Código SUMAR			Grupo						P r e c i o	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
					Embarazadas/Puer peras		Niños		Adolescen-tes	Adultos			
					Normal	Riesgo	0- 5	6-9	10- 19	20- 64			
IMÁGENES	Rx hombro, humero, pelvis, cadera y femur (total o focalizada) (fte. y perf.)	IG	R025	VMDA (*)			x			x	\$ 10,00	RI	1 en un periodo de 1 año
	Rx o TeleRx tórax (total o focalizada) (fte. y perf.)	IG	R026	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 10,00	RI	2 en un periodo de 1 año
	Rx sacrococcigea (total o focalizada) (fte. y perf.)	IG	R028	VMDA (*)						x	\$ 10,00	RI	1 en un periodo de 1 año
	Rx simple de abdomen (fte. y perf.)	IG	R029	VMDA (*)			x			x	\$ 10,00	RI	1 en un periodo de 1 año
	Ecografía obstétrica	IG	R031	W78	x	x					\$ 40,00	RI	3 en un periodo de 9 meses
	Ecografía abdominal	IG	R032	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 20,00	RI	1 en un periodo de 1 año
	Ecografía renal	IG	R038	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 25,00	RI	1 en un periodo de 1 mes
LABORATORIO	17 Hidroxiprogesterona	LB	L001	VMDA (*)			x				\$ 15,00	RL	1 en un periodo de 1 año
	Acido Urico	LB	L002	VMDA (*)		x		x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Acidos biliares	LB	L003	VMDA (*)	x	x				x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Amilasa Pancreática	LB	L004	VMDA (*)				x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Antibiograma micobacterias	LB	L005	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	Anticuerpos antitreponemicos	LB	L006	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Apolipoproteina B	LB	L008	VMDA (*)				x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	ASTO	LB	L009	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Baciloscopia	LB	L010	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Bacteriología Directa y cultivo	LB	L011	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 10,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Bilirrubinas totales y fraccionadas	LB	L012	VMDA (*)		x	x				\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Biotinidasa neonatal	LB	L013	VMDA (*)			x				\$ 15,00	RL	1 en un periodo de 1 año
	Calcemia	LB	L014	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Calciuria	LB	L015	VMDA (*)				x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Campo Oscuro	LB	L016	VMDA (*)			x		x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Citología	LB	L017	VMDA (*)						x	\$ 5,00	RL	1 en un periodo de 1 año
	Colesterol	LB	L018	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Coprocultivo	LB	L019	VMDA (*)			x	x			\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	CPK	LB	L020	VMDA (*)						x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Creatinina en orina	LB	L021	VMDA (*)		x		x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año

Anexo: Prácticas, Imágenes y Laboratorio

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, LE: Libro de Enfermería, RL: Registro de Laboratorio, LR: Libro de Registro, RI: Registro de Imágenes.

Tipo	Prestación	Código SUMAR			Grupo						P r e c i o	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
					Embarazadas/Puer- peras		Niños		Adolescen-tes	Adultos			
					Normal	Riesgo	0- 5	6-9	10- 19	20- 64			
LABORATORIO	Creatinina serica	LB	L022	VMDA (*)		x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Cuantificación fibrinogeno	LB	L023	VMDA (*)		x					\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Cultivo Streptococo B hemolítico	LB	L024	VMDA (*)	x	x	x				\$ 6,25	RL	1 en un periodo de 1 año
	Cultivo vaginal Exudado flujo	LB	L025	VMDA (*)	x	x			x	x	\$ 5,00	RL	1 en un periodo de 1 año
	Cultivo y Antibiograma General	LB	L026	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Electroforesis de proteínas	LB	L027	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Eritrosedimentación	LB	L028	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Espuito seriado	LB	L029	VMDA (*)				x	x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	Estado Acido Base	LB	L030	VMDA (*)			x	x	x		\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Ferremia	LB	L037	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Ferritina	LB	L038	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 10,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Fosfatasa alcalina	LB	L040	VMDA (*)		x	x	x	x		\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Fosfatemia	LB	L041	VMDA (*)				x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	FSH	LB	L042	VMDA (*)				x	x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	Galactosemia	LB	L043	VMDA (*)			x				\$ 15,00	RL	1 en un periodo de 1 año
	Gamma- GT (gamma glutamil transpeptidasa)	LB	L044	VMDA (*)		x		x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Glucemia	LB	L045	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Glucosuria	LB	L046	VMDA (*)		x					\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Gonadotrofina coriónica humana en sangre	LB	L047	VMDA (*)	x	x			x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 9 meses
	Gonadotrofina coriónica humana en orina	LB	L048	VMDA (*)	x	x			x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 9 meses
	Grasas en material fecal cualitativa	LB	L049	VMDA (*)			x				\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Grupo y factor	LB	L050	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Hbs Ag	LB	L051	VMDA (*)	x	x		x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	HDL y LDL	LB	L052	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Hematocrito	LB	L053	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Hemocultivo	LB	L054	VMDA (*)		x	x				\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Hemoglobina	LB	L055	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año

Anexo: Prácticas, Imágenes y Laboratorio

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, LE: Libro de Enfermería, RL: Registro de Laboratorio, LR: Libro de Registro, RI: Registro de Imágenes.

Tipo	Prestación	Código SUMAR			Grupo						P r e c i o	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
					Embarazadas/Puer peras		Niños		Adolescen-tes	Adultos			
					Normal	Riesgo	0- 5	6-9	10- 19	20- 64			
LABORATORIO	Hemoglobina glicosilada	LB	L056	VMDA (*)		x				x	\$ 10,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Hemograma completo	LB	L057	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Hepatitis B anti HBS Anticore total	LB	L058	VMDA (*)				x	x	x	\$ 10,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Hepatograma	LB	L059	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	Hidatidosis por hemoaglutinación	LB	L060	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Hidatidosis por IFI	LB	L061	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	Hisopado de fauces	LB	L062	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	Homocistina	LB	L063	VMDA (*)			x				\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	IFI Infecciones respiratorias	LB	L064	VMDA (*)			x				\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	IFI y Hemoaglutinación Directa para Chagas	LB	L065	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Insulina en sangre	LB	L066	VMDA (*)				x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Ionograma Plamático y Orina	LB	L068	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	KPTT	LB	L069	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	LDH	LB	L070	VMDA (*)		x		x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Leucocitos en material fecal	LB	L071	VMDA (*)			x				\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	LH	LB	L072	VMDA (*)				x	x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	Lipidograma Electroforético	LB	L073	VMDA (*)				x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Micológico	LB	L076	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 10,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Anticuerpos para mononucleosis	LB	L078	VMDA (*)				x	x	x	\$ 10,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Orina Completa	LB	L079	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Parasitemia para Chagas	LB	L080	VMDA (*)			x			x	\$ 10,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Parasitologico de Materia Fecal	LB	L081	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	PH en materia fecal	LB	L082	VMDA (*)			x				\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Porcentaje de saturación de hierro funcional	LB	L083	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	PPD	LB	L084	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Productos de degradación del fibrinogeno (PDF)	LB	L085	VMDA (*)	x	x					\$ 10,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Progesterona	LB	L086	VMDA (*)					x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año

Anexo: Prácticas, Imágenes y Laboratorio

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, LE: Libro de Enfermería, RL: Registro de Laboratorio, LR: Libro de Registro, RI: Registro de Imágenes.

Tipo	Prestación	Código SUMAR			Grupo						P r e c i o	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
					Embarazadas/Puer- peras		Niños		Adolescen-tes	Adultos			
					Normal	Riesgo	0- 5	6-9	10- 19	20- 64			
LABORATORIO	Prolactina	LB	L087	VMDA (*)					x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	Proteína C Reactiva	LB	L088	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Proteínas totales y fraccionadas	LB	L089	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Proteinuria	LB	L090	VMDA (*)		x				x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Protoporfirina libre eritrocitaria	LB	L091	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Prueba de Coombs Directa	LB	L092	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Prueba de Coombs indirecta	LB	L093	VMDA (*)	x	x					\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Prueba de tolerancia a la glucosa	LB	L094	VMDA (*)	x	x		x	x	x	\$ 10,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Anticuerpos para brucelosis	LB	L095	VMDA (*)				x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Anticuerpos para Salmonelosis	LB	L096	VMDA (*)			x			x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Receptores libres de transferrina	LB	L097	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Test de sangre oculta en materia fecal inmunoquímico	LB	L098	VMDA (*)						x	\$ 20,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Serología para Chagas (Elisa)	LB	L099	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 12,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Serología para Hepatitis A Ig M	LB	L100	VMDA (*)				x	x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	Serología para Hepatitis A total	LB	L101	VMDA (*)				x	x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	Serología para Rubeola Ig M	LB	L102	VMDA (*)						x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	Sideremia	LB	L103	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	T3	LB	L104	VMDA (*)				x	x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	T4 libre	LB	L105	VMDA (*)				x	x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	Búsqueda de Oxiurus	LB	L106	VMDA (*)			x	x			\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Test de latex	LB	L107	VMDA (*)						x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	TIBC	LB	L108	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Tiempo de lisis de euglobulina	LB	L109	VMDA (*)		x					\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Toxoplasmosis IgG	LB	L110	VMDA (*)	x	x				x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	Toxoplasmosis IgM	LB	L111	VMDA (*)	x	x				x	\$ 12,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Transaminasas TGO/TGP	LB	L112	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Transferrinas	LB	L113	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año

Anexo: Prácticas, Imágenes y Laboratorio

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica, LE: Libro de Enfermería, RL: Registro de Laboratorio, LR: Libro de Registro, RI: Registro de Imágenes.

Tipo	Prestación	Código SUMAR			Grupo						P r e c i o	DOC RESPAL- DATORI- A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
					Embarazadas/Puerperas		Niños		Adolescen-tes	Adultos			
					Normal	Riesgo	0- 5	6-9	10- 19	20- 64			
LABORATORIO	Triglicéridos	LB	L114	VMDA (*)				x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Tripsina catiónica inmunorreactiva	LB	L115	VMDA (*)			x				\$ 10,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	TSH	LB	L116	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 25,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Urea	LB	L117	VMDA (*)		x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Urocultivo	LB	L118	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 10,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	VDRL	LB	L119	VMDA (*)	x	x	x		x	x	\$ 12,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Vibrio Cholerae Cultivo e Identificación	LB	L120	VMDA (*)			x			x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	VIH Elisa	LB	L121	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	VIH WESTERN BLOT	LB	L122	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	Serología para Hepatitis C	LB	L123	VMDA (*)				x	x	x	\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	Magnesemia	LB	L124	VMDA (*)			x	x	x		\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Serología LCR	LB	L125	VMDA (*)			x				\$ 18,75	RL	2 en un periodo de 1 año
	Recuento plaquetas	LB	L126	VMDA (*)		x	x			x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Antígeno P24	LB	L127	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Hemoaglutinación indirecta Chagas	LB	L128	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 12,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	IgE sérica	LB	L129	VMDA (*)			x	x	x	x	\$ 6,25	RL	2 en un periodo de 1 año
	Tiempo de coagulación y sangría	LB	L130	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Tiempo de protrombina	LB	L131	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Tiempo de trombina	LB	L132	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Frotis de sangre periférica	LB	L133	VMDA (*)	x	x		x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Recuento reticulocitario	LB	L134	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Fructosamina	LB	L135	VMDA (*)		x				x	\$ 5,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Cariotipo con bandas G	LB	L136	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 525,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Albuminuria	LB	L137	VMDA (*)		x				x	\$ 10,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Proteinuria 24hs	LB	L138	VMDA (*)						x	\$ 10,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Albuminuria 24 hs	LB	L139	VMDA (*)						x	\$ 10,00	RL	2 en un periodo de 1 año
	Índice de filtrado glomerular estimado(IFGe) por formulaMDRD 4	LB	L140	VMDA (*)						x	\$ 10,00	RL	2 en un periodo de 1 año

ANEXO: RONDAS / TALLERES / DIAGNÓSTICO SOCIO-EPIDEMIOLOGICO									
Tipo de Prestación	Prestación	Código SUMAR			P r e c i o	ALCANCE	DOC RESPALDATORIA PARA PRESENTAR A PROGRAMA SUMAR	DOC RESPALDATORIA	TASA DE USO <small>(cant. máx. por beneficiario/a)</small>
RONDAS	Ronda Sanitaria completa orientada a detección de población de riesgo en área rural/urbana	RO	X001	A98	\$ 150	La Ronda consiste en la visita periódica del agente sanitario en terreno con el objetivo de detectar población de riesgo y realizar actividades de promoción y prevención destinadas a mejorar el estado sanitario de la población. RO X001: ronda en zona rural / urbana. RO X002: ronda en población indígena. La práctica RO X002, es válida si la población está autoidentificada como indígena en la ficha de inscripción.	Fotocopia del Formulario N° 2 de Agentes Sanitarios (firmada y sellada como copia fiel). El reporte debe registrar cantidad de hogares visitados, y estar visado por Director o Encargado de Centro de Salud u Hospital. Fecha de realización. Evaluación de riesgo individual o familiar. Detección de población de riesgo en terreno (rescate). Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación.	Fotocopia del Formulario N° 2 de Agentes Sanitarios	12 en un periodo de 1 año
RONDAS	Ronda Sanitaria completa orientada a detección de población de riesgo en población indígena	RO	X002	A98	\$ 150				12 en un periodo de 1 año
DIAGNOSTICO SOCIOEPIDEMIOL OGICO	Diagnóstico socio-epidemiológico de población en riesgo por efector, (Informe final de ronda entregado y aprobado)	DS	Y001	A98	\$ 500	Se considera al Informe final de la ronda sanitaria. Documento entregado y aprobado por autoridad institucional, cuyo objeto es el diagnóstico socioepidemiológico de grupos poblacionales en riesgo, del área de influencia del centro de salud u hospital, realizado por trabajador social, agente sanitario y/o médico.	Fotocopia de Informe que contenga fecha de realización de la prestación. Evaluación de riesgo individual o familiar. Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación	Informe final de ronda	S/ tasa de uso

ANEXO: RONDAS / TALLERES / DIAGNÓSTICO SOCIO-EPIDEMIOLÓGICO												
Tipo de Prestación	Prestación	Código SUMAR			P r e c i o	ALCANCE	DOC RESPALDATORIA PARA PRESENTAR A PROGRAMA SUMAR	DOC RESPALDATORIA	TASA DE USO <small>(cant. máx. por beneficiario/a)</small>			
Taller	Encuentros para promoción de salud sexual y reproductiva, Conductas Saludables, Hábitos de Higiene.	TA	T001	A98	\$ 100	El objetivo del taller es motivar a los participantes a generar una consulta médica o consejería. Pueden dictarse dentro o fuera del efector de salud (escuela, plazas, etc). Mínimo de participantes: seis (6). Máximo de participantes: diez (10). Al menos uno de los participantes debe ser beneficiario activo del Programa Sumar. El taller debe realizarse por un profesional idóneo en la temática a tratar.	Fotocopia de la planilla de Taller (firmada como copia fiel por el/la directora/a del Efector) con la siguiente información: temática, fecha, nombre de disertante, nombre, DNI, fecha de nacimiento y firma de todos los participantes. La planilla original debe ser guardada por el equipo de salud para su posterior auditoría.	Planilla original del Taller	S/ tasa de uso			
Taller	Encuentros para promoción de pautas alimentarias en embarazadas, puérperas y niños de 6 años.	TA	T002	A98	\$ 100				S/ tasa de uso			
Taller	Encuentros para promoción del desarrollo infantil, prevención de patologías prevalentes en la infancia, conductas saludables, hábitos de higiene.	TA	T003	A98	\$ 100				S/ tasa de uso			
Taller	Pautas nutricionales respetando cultura alimentaria de comunidades indígenas.	TA	T004	A98	\$ 100				S/ tasa de uso			
Taller	Prevención de accidentes	TA	T005	A98	\$ 100				S/ tasa de uso			
Taller	Prevención de accidentes domésticos	TA	T006	A98	\$ 100				S/ tasa de uso			
Taller	Prevención de HIV e Infecciones de Transmisión Sexual	TA	T007	A98	\$ 100				S/ tasa de uso			
Taller	Prevención de violencia de género	TA	T008	A98	\$ 100				S/ tasa de uso			
Taller	Prevención violencia familiar	TA	T009	A98	\$ 100				S/ tasa de uso			
Taller	Prevención de comportamientos adictivos: tabaquismo, uso de drogas, alcoholismo.	TA	T010	A98	\$ 100				S/ tasa de uso			
Taller	Promoción de hábitos saludables: salud bucal, educación alimentaria, pautas de higiene.	TA	T011	A98	\$ 100				S/ tasa de uso			
Taller	Promoción de pautas alimentarias	TA	T012	A98	\$ 100				S/ tasa de uso			
Taller	Promoción de salud sexual y reproductiva	TA	T013	A98	\$ 100				S/ tasa de uso			
Taller	Salud sexual, confidencialidad, género y derecho	TA	T014	A98	\$ 100				S/ tasa de uso			

ANEXO: INTERCONSULTAS

(*) Referencias

HC: Historia Clínica, FM: Ficha Médica

T i p o	Prestación	Código SUMAR			Grupo						P r e c i o	ALCANCE	DOC RESPAL- DATORI-A (*)	TASA DE USO (cant. máx. por beneficiario/a)
					Embarazadas/Puer- peras		Niños		Adolescen-tes	Adultos				
					Normal	Riesgo	0- 5	6-9	10- 19	20- 64				
CONSULTA	Consulta trabajador social	CT	C015	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 60,00	Consulta recibida por derivación de otro profesional a fin de evaluación en 1era instancia (inicial). Y de ser necesario valoración en 2da instancia por métodos complementarios y/o seguimiento clínico, siendo devuelto a posterior a su médico de cabecera. La tercera consulta no corresponde al concepto de Interconsulta. Corresponde registrarla en Sumar por quien la efectiviza.	HC, FM	3 en un periodo de 1 año con intervalo de 1 mes
	INTER CONSULTA CON PEDIATRÍA	CT	C052	VMDA (*)			x	x	x		\$ 100,00			2 en un periodo de 1 año
	INTER CONSULTA CON PSICOLOGÍA	CT	C053	VMDA (*)	x		x	x	x		\$ 100,00			2 en un periodo de 1 año
	INTER CONSULTA CON OFTALMOLOGÍA	CT	C054	VMDA (*)		x					\$ 100,00			2 en un periodo de 1 año
	INTER CONSULTA CON CARDIOLOGÍA	CT	C055	VMDA (*)		x	x				\$ 100,00			2 en un periodo de 1 año
	INTER CONSULTA CON ENDOCRINOLOGÍA	CT	C056	VMDA (*)		x					\$ 100,00			2 en un periodo de 1 año
	INTER CONSULTA CON NUTRICIÓN	CT	C057	VMDA (*)		x	x	x	x		\$ 100,00			2 en un periodo de 1 año
	INTER CONSULTA CON NEFROLOGÍA	CT	C058	VMDA (*)		x	x				\$ 100,00			2 en un periodo de 1 año
	INTER CONSULTA CON INFECTOLOGÍA	CT	C059	VMDA (*)			x				\$ 100,00			2 en un periodo de 1 año
	INTER CONSULTA CON GASTROENTEROLOGÍA	CT	C060	VMDA (*)			x				\$ 100,00			2 en un periodo de 1 año
	INTER CONSULTA CON TRAUMATOLOGÍA INFANTIL	CT	C061	VMDA (*)			x				\$ 100,00			2 en un periodo de 1 año
	INTER CONSULTA CON OTORRINOLARINGOLOGÍA	CT	C062	VMDA (*)			x	x	x		\$ 100,00			2 en un periodo de 1 año
	INTER CONSULTA CON FONOAUDIOLOGÍA	CT	C063	VMDA (*)			x	x	x		\$ 100,00			2 en un periodo de 1 año
	INTER CONSULTA CON HEMATOLOGIA	CT	C064	VMDA (*)	x	x	x	x	x	x	\$ 100,00			2 en un periodo de 1 año