

REQUERIMIENTO DE SERVICIO DE IMPRESIONES

ITEM	DENOMINACIÓN	UNIDAD MED.	CANT	META	FTE FTO
1	HISTORIAS CLINICAS	PAUQUETE X 500	420	130	DYT
2	ORDENES DE LABORATORIO	BLOCK X 100 HOJAS	255	54	DYT

TÉRMINOS DE REFERENCIA
SERVICIO DE IMPRESIONES ORDENES DE LABORATORIO PARA LAS IPRESS DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA.

1. OFICINA o AREA QUE REQUIERE EL BIEN:

Oficina de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma
 Donaciones y Transferencia 4-13

2. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

Contratación del Servicio de impresiones Para las 28 Microredes de la Red De Salud Arequipa Caylloma.

3. OBJETO DE LA CONTRATACION:

Contar con el SERVICIO DE IMPRESIONES - Ordenes de Laboratorio, para las IPRESS DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA.

4. FINALIDAD PUBLICA

Garantizar la buena gestión de la información de las Prestaciones de Salud que son registradas en las Ordenes de Laboratorios y fortalecer la continuidad de la buena prestación del servicio de salud de las 28 Microredes de la Red De Salud Arequipa Caylloma en el Periodo 2024.

5. AFECTACION PRESUPUESTAL:



MONTO	PROGRAMA	9002 ASIGNACIONES PRESUPUESTALES QUE NO RESULTAN EN PRODUCTOS (APNP)
	PRESUPUESTAS	
	PRODUCTO	3999999
R.J. N° 009-2025.	ACTIVIDAD	5001562 ATENCION EN CONSULTAS EXTERNAS
TF. 0053-2025	META	130
	CLASIFICADOR DEL GASTO	2.3. 2 7.11 6 SERVICIO DE IMPRESIONES, ENCUADERNACION Y EMPASTADO

6. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

6.1 Descripción del servicio de impresión de Ordenes de Laboratorio

<u>DESCRIPCION</u>	<u>CANTIDAD</u>	<u>UNIDAD DE MEDIDA</u>
Ordenes de Laboratorio	255	BLOCK X 100 HOJAS



CARACTERISTICAS Ordenes de Laboratorio	Material: Papel Bond 80 gr Tamaño de papel A5 Block Empastado x 100 hojas (goma elástica desglosable) Se adjunta FORMATO A5 (14,8 x 21 cm)
---	--

7. PLAZO DE ENTREGA:

La presente contratación se realizará en UNA (1) ENTREGA CONTADOS DESDE EL DIA SIGUIENTE SUSCRITO EL CONTRATO.

CRONOGRAMA			
Nº	ITEMS	PAQUETE X 100 HOJAS	ENTREGAS
UNICA ENTREGA	ORDENES DE LABORATORIO	255	A LOS 15 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE EL DIA SIGUIENTE SUSCRITO EL CONTRATO

IMPORTANTE:

El contratista tendrá un plazo máximo de 03 días calendarios desde la notificación de la orden de servicio y/o contrato para hacer llegar el modelo, DISEÑO, DIAGRAMACION Y NITIDEZ al área usuaria.

Todo plazo de entrega se contabiliza desde el día siguiente de suscrito el contrato respectivo.

8. PERFIL DEL PROVEEDOR

Del Postor

a) Perfil

- ✓ No estar impedido para contratar con el Estado, según el artículo 30° de la Ley de General de Contrataciones Públicas.
- ✓ Con RUC vigente.
- ✓ Contar con inscripción vigente en el Registro Nacional de Proveedores

9. LUGAR DE ENTREGA DEL SERVICIO:

- ✓ La entrega de las impresiones se realizará en Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E Nº 600 interior Nº 424.
El horario para la recepción será: Lunes a viernes de 8:00 a 12:20 y 14:00 hasta 16:00 horas.

10. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

El plazo máximo de responsabilidad del contratista por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de los bienes ofertados el cual no deberá ser menor de un (1) año contado a partir de la conformidad otorgada.

11. OTRAS PENALIDADES APLICABLES



11. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

Penalidad diferente a la penalidad por mora (de corresponder)

12. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

EL PROVEEDOR declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación con el contrato.

Asimismo, EL PROVEEDOR se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores.

Además, EL PROVEEDOR debe comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

13. CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información y documentación a la que se tenga acceso relacionada con la prestación, pudiendo quedar expresamente prohibido revelar dicha información a terceros. El contratado, debe dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la Entidad, en materia de seguridad de la información.

Esta obligación comprende la información que se entrega, como también la que se genera durante la realización de las actividades y la información producida una vez que se haya concluido el servicio. Dicha información puede consistir en mapas, dibujos, fotografías, mosaicos, planos, informes, recomendaciones, cálculos, diagnósticos, documentos, cuadros comparativos y demás datos compilados o recibidos por el proveedor

14. CONFORMIDAD DE RECEPCION DEL BIEN:

- ✓ **Áreas que supervisan:** El área o unidad orgánica responsable de la supervisión técnica de la entrega de los bienes es el responsable de la Oficina de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma
- ✓ **Áreas que coordinarán con el proveedor:** El áreas o unidades orgánicas con las que el proveedor coordinará sus actividades es el subproceso de Adquisiciones.
- ✓ **Área que brindará la conformidad:** El área o unidad orgánica responsable de emitir la conformidad en la verificación de los Términos de Referencia, será Coordinación de Laboratorio con la responsable de la Oficina de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma.
- ✓ En caso de no cumplir con las características solicitadas al momento de emitir la conformidad, se realizará un informe por parte responsable de la Oficina de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma, indicando las deficiencias encontradas.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

Lic. Enf. Rosmary Chambi Mamani
C.E.P. 59355 - R.E.E. 11380
RESPONSABLE (E.) DE LA OFICINA DE SEGUROS

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

Dirección: Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424

Teléfono: 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

Web institucional: <https://redperifericaaqp.gob.pe>



AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA

TÉRMINOS DE REFERENCIA

SERVICIO DE IMPRESIONES - HISTORIAS CLINICAS PARA LA MRS MARISCAL CASTILLA DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA.

1. OFICINA o AREA QUE REQUIERE EL BIEN:

Oficina de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma
Donaciones y Transferencia 4-13

2. DENOMINACION DE LA CONTRATACION

Contratación del Servicio de impresiones HISTORIAS CLINICAS para la MRS Mariscal Castilla de la Red De Salud Arequipa Caylloma.

3. OBJETO DE LA CONTRATACION:

Contar con el SERVICIO DE IMPRESIONES Historias Clínicas para la MRS Mariscal Castilla de la Red De Salud Arequipa Caylloma.

4. FINALIDAD PUBLICA

Garantizar la buena gestión de la información de las Prestaciones de Salud que son registradas en las Historias clínicas por Cursos de Vida y fortalecer la continuidad de la buena prestación del servicio de salud para la MRS Mariscal Castilla de la Red De Salud Arequipa Caylloma.

5. AFECTACION PRESUPUESTAL:

Table with 3 columns: MONTO, PROGRAMA PRESUPUESTAS, PRODUCTO, ACTIVIDAD, META, CLASIFICADOR DEL GASTO. Includes R.J. N° 009-2025 and TF. 0053-2025.

6. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO REQUERIDO

6.1 DESCRIPCION BASICA DE LAS CARACTERISTICAS DEL SERVICIO:

Table with 2 columns: CARACTERISTICAS Historias Clinicas, Servicio de Impresión de Historia Clínicas por Curso de Vida en Papel bond, tamaño de hoja A4 (210x297mm) de 75 gr.



“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”

FORMATOS PARA LA IMPRESIÓN SEGÚN NORMATIVA DE HISTORIA CLINICA

ITEM	HISTORIA CLINICA DE LA NIÑA Y EL NIÑO	CANTIDAD	PAQUETES 500 (hojas sueltas)	OBSERVACIONES
1	PLAN DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD A1(anverso) y A2 (reverso)	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4
2	CONSULTA/EVALUACION DE LA ALIMENTACION DE LA NIÑA Y EL NIÑO A1(anverso) y A2 (reverso)	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4
ITEM	ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE	CANTIDAD	PAQUETES 500 (hojas sueltas)	OBSERVACIONES
1	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE A1(anverso) y A2 (reverso)	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4, conservar logos
2	SEGUIMIENTO DE LA PROVISION DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGOS 3-a 3-b A1(anverso) y A2 (reverso)	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4.conservar logos
3	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL CONSULTA A1(anverso) y A2 (reverso)	20,000	40	Imprimir ambos lados, HOJA A4,consErvar logos
4	MUJERES TALLA / EDAD (5 a 20 años) A1(anverso) y A2 (reverso)	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4,conservar color y logos
5	VARONES TALLA / EDAD (5 a 20 años) A1(anverso) y A2 (reverso)	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4,conservar color y logos
6	CUESTIONARIO DE SINTOMAS PARA ADOLESCENTES JOVENES Y ADULTOS A1(anverso) y A2 (reverso)	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4
7	PRUEBA DE IDENTIFICACION DE TRANSTORNOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL DE LA OMS	10,000	20	Hoja A4, una sola cara
8	FICHA TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL	10,000	20	Hoja A4, una sola cara
9	FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GENERO	10,000	20	Hoja A4, una sola cara
10	LISTA DE HABILIDADES SOCIALES A1(anverso) y A2 (reverso)	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4
11	CUSTIONARIO DE COLERA, IRRITABILIDAD Y AGRESION (cia) A1(anverso) y A2 (reverso)	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4
ITEM	ATENCION INTEGRAL DEL JOVEN	CANTIDAD	PAQUETES 500 (hojas sueltas)	OBSERVACIONES
1	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL CONSULTA A1(anverso) y A2 (reverso)	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4,consErvar logos
2	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL JOVEN A1(anverso) y A2 (reverso)	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

Dirección: Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424

Teléfono: 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

Web institucional: <https://redperifericaaagp.gob.pe>



“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”

3	CUIDADOS PREVENTIVOS- SEGUIMIENTO DE RIESGO-MUJER JOVEN A1(anverso) y A2 (reverso)	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4
4	CUIDADOS PREVENTIVOS- SEGUIMIENTO DE RIESGO-HOMBRE JOVEN A1(anverso) y A2 (reverso)	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4
5	FORMATO DE ATENCION INTEGRAL PARA JOVENES CONSULTA A1(anverso) y A2 (reverso)	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4
ITEM	ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO	CANTIDAD	PAQUETES 500 (hojas sueltas)	OBSERVACIONES
1	HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO (hoja 1 y 2) A1(anverso) y A2 (reverso)	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4
2	HISTORIA CLINICA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO (hoja 3 y 4) A1(anverso) y A2 (reverso)	10,000	20	Imprimir ambos lados, HOJA A4

TOTAL TALONARIOS (500 hojas): 420

7. PLAZO DE ENTREGA:

La presente contratación se realizará en UNA (1) entrega contados desde el día siguiente de aceptado el modelo de las impresiones.

Nº	ITEMS	PAQUETE X 500 HOJAS	ENTREGAS
ENTREGA UNICA	HISTORIAS CLINICAS	440	A LOS 15 DIAS CALENDARIOS CONTADOS DESDE EL DIA SIGUIENTE SUSCRITO EL CONTRATO

IMPORTANTE:

El contratista tendrá un plazo máximo de 03 días calendarios desde la notificación de la orden de servicio y/o contrato para hacer llegar el modelo, DISEÑO, DIAGRAMACION Y NITIDEZ al área usuaria.

Todo plazo de entrega se contabiliza desde el día siguiente de suscrito el contrato respectivo.

8. PERFIL DEL PROVEEDOR

Del Postor

a) Perfil

- No estar impedido para contratar con el Estado, según el artículo 30° de la Ley de General de Contrataciones Públicas.
- Con RUC vigente.
- Contar con inscripción vigente en el Registro Nacional de Proveedores

9. LUGAR DE ENTREGA DEL SERVICIO:

La entrega de las impresiones se realizará en Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424.

El horario para la recepción será: Lunes a viernes de 8:00 a 12:20 y 14:00 hasta 16:00 horas.

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

Dirección: Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424

Teléfono: 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

Web institucional: <https://redperifericaaqp.gob.pe>



“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”

10. PRESTACIONES ACCESORIAS (de ser el caso):

NO aplica

11. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

El plazo máximo de responsabilidad del contratista por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de los bienes ofertados el cual no deberá ser menor de un (1) año contado a partir de la conformidad otorgada.

12. OTRAS PENALIDADES APLICABLES

Penalidad diferente a la penalidad por mora (de corresponder)

13. OBLIGACIÓN ANTICORRUPCIÓN

EL PROVEEDOR declara y garantiza no haber, directa o indirectamente, o tratándose de una persona jurídica a través de sus socios, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores, ofrecido, negociado o efectuado, cualquier pago o, en general, cualquier beneficio o incentivo ilegal en relación con el contrato.

Asimismo, EL PROVEEDOR se obliga a conducirse en todo momento, durante la ejecución del contrato, con honestidad, probidad, veracidad e integridad y de no cometer actos ilegales o de corrupción, directa o indirectamente o a través de sus socios, accionistas, participacionistas, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores.

Además, EL PROVEEDOR debe comunicar a las autoridades competentes, de manera directa y oportuna, cualquier acto o conducta ilícita o corrupta de la que tuviera conocimiento; y adoptar medidas técnicas, organizativas y/o de personal apropiadas para evitar los referidos actos o prácticas.

14. CONFIDENCIALIDAD

La confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información y documentación a la que se tenga acceso relacionada con la prestación, pudiendo quedar expresamente prohibido revelar dicha información a terceros. El contratado, debe dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la Entidad, en materia de seguridad de la información.

Esta obligación comprende la información que se entrega, como también la que se genera durante la realización de las actividades y la información producida una vez que se haya concluido el servicio. Dicha información puede consistir en mapas, dibujos, fotografías, mosaicos, planos, informes, recomendaciones, cálculos, diagnósticos, documentos, cuadros comparativos y demás datos compilados o recibidos por el proveedor.

15. CONFORMIDAD DE RECEPCIÓN DEL BIEN:

- ✓ **Áreas que supervisan:** El área o unidad orgánica responsable de la supervisión técnica de la entrega de los bienes es el responsable de la Oficina de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma

RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA –

Dirección: Av. Independencia con Paucarpata, Edificio Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424

Teléfono: 054-200823 - 206777

Razón social: GRA Salud Red Periférica Arequipa

Web institucional: <https://redperifericaaqp.gob.pe>



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

- ✓ **Áreas que coordinarán con el proveedor:** El áreas o unidades orgánicas con las que el proveedor coordinará sus actividades es el subproceso de Adquisiciones.
- ✓ **Área que brindará la conformidad:** El área o unidad orgánica responsable de emitir la conformidad en la verificación de las Especificaciones Técnicas, será el responsable de la Oficina de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma
- ✓ En caso de no cumplir con las características solicitadas al momento de emitir la conformidad, se realizará un informe por parte responsable de la Oficina de Seguros de la Red de Salud Arequipa Caylloma, indicando las deficiencias encontradas.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

Lic. Enf. Rosmary Chambi Mamani
C.E.P. 59365 - R.E.E. 11380
RESPONSABLE (E.) DE LA OFICINA DE SEGUROS

EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA Y EL NIÑO

FECHA (escribir la fecha sobre la edad del niño/niña):																													
EDAD:	RN	RN	RN	RN	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m	12m	14m	16m	18m	20m	22m	24m	27m	30m					
1. ¿La niña o niño está recibiendo Lactancia Materna? (Explorar)																													
2. ¿La técnica de LM es adecuada? (Explorar y observar)																													
3. ¿La frecuencia de LM es adecuada? (Explorar y evaluar)																													
4. ¿La niña o niño recibe Leche no Materna? (Explorar)																													
5. ¿La niña o niño recibe aguitas? (Explorar)																													
6. ¿La niña o niño recibe algún otro alimento? (Explorar)																													
7. ¿La consistencia de la preparación es adecuada según edad? (Explorar)																													
8. ¿La cantidad de alimento es adecuada según la edad? (Explorar)																													
9. ¿La frecuencia de la alimentación es adecuada según edad? (Explorar)																													
10. ¿Consume alimentos de origen animal? (Explorar)																													
11. ¿Consume frutas y verduras? (Explorar)																													
12. ¿Añade aceite, mantequilla o margarina a la comida del niño?																													
13. ¿El niño recibe los alimentos en su propio plato?																													
14. ¿Añade sal de yodada a la comida familiar?																													
15. ¿Su niña o niño esta tomando suplemento de hierro?																													
16. ¿Su niña o niño ha recibido suplemento vitamina "A"?																													
17. ¿Su niña o niño esta recibiendo multimicronutriente?																													
18. ¿Es la niña o niño beneficiario de algún Programa de Apoyo Social?																													
SI () No () Especificar																													
OBSERVACIONES:																													

NOTA: Si alguna respuesta es negativa (NO), amerita una CONSEJERIA NUTRICIONAL

CONSULTA

Fecha: _____ Hora: _____ Edad: _____

Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)

MENOR DE 2 MESES:		DE 2 MESES A 4 AÑOS		PARA TODAS LAS EDADES:	
No quiere mamar, ni succiona	<input type="checkbox"/>	No puede beber o tomar el pecho	<input type="checkbox"/>	Emaciación visible grave	<input type="checkbox"/>
Covulsiones	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Piel vuelve muy lentamente	<input type="checkbox"/>
Fontanela abombada	<input type="checkbox"/>	Letárgico o comatoso	<input type="checkbox"/>	Traumatismo/quemaduras	<input type="checkbox"/>
Enrojecimiento del ombligo se extiende a la piel	<input type="checkbox"/>	Vomita todo	<input type="checkbox"/>	Palidez palmar intensa	<input type="checkbox"/>
Fiebre o temperatura baja	<input type="checkbox"/>	Estridor en reposo/liraje subcostal	<input type="checkbox"/>	No presenta signos	<input type="checkbox"/>
Rigidez de la nuca	<input type="checkbox"/>				
Pústulas muchas y extensas	<input type="checkbox"/>				
Letárgico o comatoso	<input type="checkbox"/>				

IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO
 Quien cuida al niño? _____
 Participa el padre en el cuidado del niño?
 Si No
 El niño recibe muestras de afecto?
 Si No
 Especifique: _____

ANAMNESIS

1. Motivo de consulta: _____

Tiempo de enfermedad: _____ Forma de inicio: _____ Curso: _____

Examen físico	Signos vitales	Tº	PA	FC	FR	Peso	Talla	PC

Diagnóstico	A. Diagnóstico Nosológico o Síndrómico	2. Condición de crecimiento y estado nutricional	3. Diagnóstico del Desarrollo Psicomotor
	1	Crecimiento adecuado	Riesgo para el desarrollo
	2	Crecimiento inadecuado	Normal
	3	Riesgo nutricional Ganancia inadecuada de peso o talla	Trastorno del desarrollo
B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo	1	Desnutrición	Observaciones
	2	Sobrepeso	
	3	Obesidad	

Tratamiento		Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño

Exámenes Auxiliares	Referencia (lugar y motivo)

Próxima cita: _____ Atendido por: _____

Observación:	Firma y sello	Colegio profesional DNI
--------------	---------------	-------------------------

APELLIDOS Y NOMBRES: _____ H.C. _____



PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD							
N° de Historia Clínica		N° Afiliación SIS u otro Seguro					
Apellidos		CUI					
Nombres		Sexo:		F. de Nac.:			
Dirección/Referencia		Celular:					
Madre, Padre o adulto referente		Edad		DNI			
N°	FECHA	PROBLEMAS CRÓNICOS			OBSERVACIONES		
N°	FECHA	PROBLEMAS AGUDOS	FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIONES	
N°	Prestaciones de salud	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
1	EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO FÍSICO Y ESTADO NUTRICIONAL						
2	EVALUACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL Y AGUDEZA AUDITIVA						
3	EVALUACIÓN FÍSICO POSTURAL						
4	EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL Y DE HABILIDADES SOCIALES (CIA)						
5	IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN						
6	EVALUACIÓN DEL DESARROLLO SEXUAL (TANNER)						
7	TAMIZAJE DE VIOLENCIA						
8	DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES						
9	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA						
10	INMUNIZACIONES						
11	CONSEJERÍA INTEGRAL						
12	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA MORBILIDAD						
13	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA						
14	VISITA FAMILIAR INTEGRAL						
15	TALLERES						
16	TEMAS EDUCATIVOS						



PERÚ

Ministerio de Salud

Intervenciones Comunitarias y Promoción de la Salud Pública

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



GOBIERNO REGIONAL
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

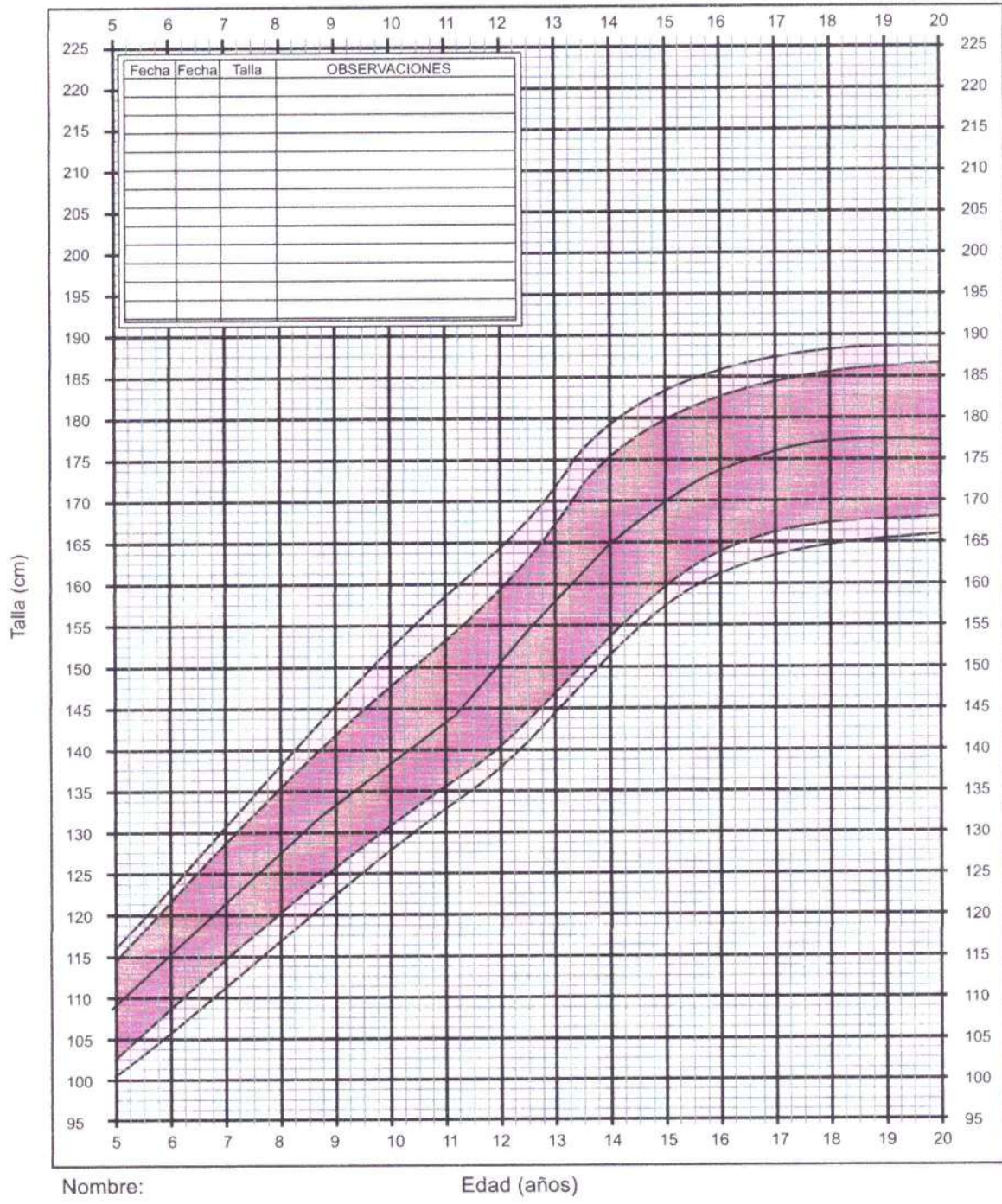
3 - a

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADOLESCENTE				
SEGUIMIENTO DE LA PROVISIÓN DE CUIDADOS PREVENTIVOS PROMOCIONALES - SEGUIMIENTO DE RIESGO				
EVALUACIÓN NUTRICIONAL	FECHA			
	Perímetro Abdominal			
	Talla/Edad			
	Índice de Masa Corporal (IMC)			
	Alimentación			
EVALUACIÓN DE DESARROLLO SEXUAL SEGUN TANNER	FECHA			
	Desarrollo de la mama			
	Desarrollo del pene			
	Desarrollo del vello pubiano			
EVALUACIÓN POSTURAL	FECHA			
	Columna			
	Rodilla			
	Pie			
EVALUACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL Y AGUDEZA AUDITIVA	FECHA			
	Agudeza Visual OD			
	Agudeza visual OI			
	Agudeza auditiva OD			
	Agudeza auditiva OI			
DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	FECHA			
	Determinación de Hematocrito			
	Dosaje de colesterol			
	Dosaje de Glucosa			
	Examen de orina completo (determinación de proteína en orina)			
EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES	FECHA			
	Previendo la violencia			
	Comunicación			
	Control de ira			
	Autoestima			
	Toma de desiciones			
	Valores			
	Aserividad			
	Calificación total			
APELLIDOS Y NOMBRES				Nº



MUJERES: TALLA/EDAD (5 a < 20 años) Por Percentiles

NOMBRE: _____ HC: _____



NOMBRES Y APELLIDOS	DNI
---------------------	-----



Cuestionario de Síntomas para adolescentes, Jóvenes y Adultos
Symptoms Report Questionnaire - SRQ

FECHA DE ENTREVISTA:

ESTABLECIMIENTO:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:/...../..... EDAD: SEXO:

DIRECCIÓN:

MOTIVO DE CONSULTA:

.....

1.- ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?

SI	NO
----	----

2.- ¿Tiene mal apetito?

SI	NO
----	----

3.- ¿Duerme mal?

SI	NO
----	----

4.- ¿Se asusta con facilidad?

SI	NO
----	----

5.- ¿Sufre temblor en las manos?

SI	NO
----	----

6.- ¿Se siente nerviosos o tenso?

SI	NO
----	----

7.- ¿Sufre de mala digestión?

SI	NO
----	----

8.- Es incapaz de pensar con claridad?

SI	NO
----	----

9.- ¿Se siente triste?

SI	NO
----	----

10. ¿Llora usted? ¿Con mucha frecuencia?

SI	NO
----	----

11.- ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?

SI	NO
----	----

12.- ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?.

SI	NO
----	----

13.- ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?

SI	NO
----	----

14.- ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?

SI	NO
----	----

15.- ¿Ha perdido interés en las cosas?

SI	NO
----	----

16.- ¿Se siente aburrido?

SI	NO
----	----

17.- ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?

SI	NO
----	----

18.- ¿Se siente cansado todo el tiempo?

SI	NO
----	----

PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS DEL 1 AL 18:



**PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE ALCOHOL DE LA OMS
TEST AUDIT PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL ALCOHOL**

Items	critérios de Valoración
1.- ¿Con cuánta frecuencia toma Ud. bebidas alcoholicas?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 3 a 4 veces a la semana 4. Cuatro mas veces a la semana
2.- Cuando usted se encuentra tomando ¿Cuántos tragos bebe usted?	0. Uno o dos 1. Tres o cuatro 2. Cinco o seis 3. Siete u ocho 4. Diez o mas
3.- ¿Cuántas veces toma usted seis o mas tragos en una ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casi diariamente
4.- ¿Cuántas veces durante el último año se ha encontrado que no podía parar de tomar una vez que había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casa diariamente
5.- ¿Cuántas veces durante el último año no ha podido hacer lo que esperaba de usted debido a la bebida?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casa diariamente
6.- ¿Cuántas veces durante el último año ha necesitado un primer trago en la mañana, para iniciar el día, después de haber estado tomando mucho?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casa diariamente
7.- ¿Cuántas veces durante el último año ha tenido sentimientos de culpa o remordimiento después de beber?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casa diariamente
8.- ¿Cuántas veces durante el último año ha sido incapaz de recordar lo que paso la noche anterior por que estuvo bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez 2. Una vez al mes 3. Una vez a la semana 4. Diariamente o casa diariamente
9.- ¿Ud. o alguna otra persona ha sido herida como resultado de haber bebido?	0. No 1. Si pero no durante el año pasado (2) 2. Si durante el año pasado (4)
10.- ¿Algun familiar, amigo, médico u otras personas de salud, le ha preocupado que usted este bebiendo mucho, le ha sugerido que Ud. debiera dejar de beber?	0. No 1. Si pero no durante el año pasado (2) 2. Si durante el año pasado (4)



FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL

Fecha:/...../.....

DISA: Establecimiento:

Servicio: Emergencia Pediatría Gineco obstetricia CRED Otros

Nombre y Apellido del Usuario:

Edad: Sexo: Masculino Femenino

Dirección:

Ministerio de Salud, Normas y Procedimientos para prevención y atención de la violencia familiar y el maltrato infantil, Lima - Julio 2001

Debido a que la violencia familiar es dañina para la salud de las personas en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor conteste a estas preguntas.

Preguntas:

A la joven o el joven	SI	NO
¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Quien ?		
Si es padre o madre de familia:	SI	NO
¿Su hijo es muy desobediente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque con aspa (x) todos los indicadores de maltrato que observe

<p>Físico</p> <p><input type="checkbox"/> Hematomas, contusiones inexplicables.</p> <p><input type="checkbox"/> Cicatrices, quemaduras.</p> <p><input type="checkbox"/> Fracturas inexplicables</p> <p><input type="checkbox"/> Marca de mordeduras</p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones de vulva, perineo, etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Laceraciones en boca, mejilla, ojos entre otros</p> <p><input type="checkbox"/> Quejas crónicas sin causa física</p> <p><input type="checkbox"/> Cefalea problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño)</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas con el apetito</p> <p><input type="checkbox"/> Enuresis en niños.</p> <p>Psicológico</p> <p><input type="checkbox"/> Extrema falta de confianza en sí mismo</p> <p><input type="checkbox"/> Tristeza, depresión o angustia</p>	<p><input type="checkbox"/> Retraimiento</p> <p><input type="checkbox"/> Llanto frecuente</p> <p><input type="checkbox"/> Exageradas ganas de ganar o sobresalir</p> <p><input type="checkbox"/> Demandas excesivas de atención</p> <p><input type="checkbox"/> Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños</p> <p><input type="checkbox"/> Tartamudeo</p> <p><input type="checkbox"/> Tomar a los padres o a llegar al hogar</p> <p><input type="checkbox"/> Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.</p> <p><input type="checkbox"/> Ausentismo en centro de estudios/escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Llegar temprano al centro de estudios/escuela y retirarse tarde</p> <p><input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico</p> <p><input type="checkbox"/> Aislarse de las personas</p>	<p><input type="checkbox"/> Intento de suicidio</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de alcohol u otras drogas</p> <p><input type="checkbox"/> tranquilizantes y analgesicos</p> <p>Sexuales</p> <p><input type="checkbox"/> Conocimiento y conducta sexual inapropiadas (niños)</p> <p><input type="checkbox"/> Irritación dolor lesion y hemorragia en zona genital</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazo precoz</p> <p><input type="checkbox"/> Aborto o amenaza de abortos</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedades de trasmisión sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Negligencia</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de peso o pobre patrón de crecimiento</p> <p><input type="checkbox"/> No vacunas o atención de salud</p> <p><input type="checkbox"/> Accidentes o enfermedades muy frecuentes</p> <p><input type="checkbox"/> Descuido en higiene y aliño</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de estimulación del desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Fatiga sueño y hambre</p>
---	--	--

Fecha:...../...../..... Derivado por: Firma:

Nombre del personal de la salud que atendió el caso.....



FICHA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA BASADA EN GENERO

DISA: Departamento Provincia: Distrito

DIRESA/DISA: RED: Microrred EESS:

Servicios: Obstetricia Ginecología Pediatría CRED/Inmunizaciones Emergencia Otro:

Nombres y apellidos de usuaria/o

DNI: SIS SI NO Sexo: Mujer Hombre

Dirección: Teléfono:

Nombre del agresor/a: Sexo: Mujer Hombre

Para dar lectura a usuaria/o. La violencia familiar es dañina para la salud de las personas y su familia, por ello en todos los establecimientos de salud estamos preguntando, para saber si actualmente están en esta situación. Por favor, conteste a las siguientes preguntas.

N°	PREGUNTAS DE EXPLORACION INICIAL	RESPUESTAS	
		SI	NO
	Si es adulto		
	¿Alguna vez ha sido maltratada psicológicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Alguna vez ha sido maltratada físicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si la respuesta es si especificar		
	¿Quién es?		
	¿Dónde cuándo?		
	¿Cuándo fue la última vez?		
	Si es niña o adolescente		
	¿Te castiga tu papá o mamá?		
	¿Cómo te castigan?		
	¿Alguna persona extraña o de tu propia familia, te ha tocado de manera desagradable? ¿Quién es?		
	¿Desde cuándo?		
	¿Cuándo fue la última vez?		
Marque con aspa (X) todos indicadores de maltrato que observe, en todos los casos de niña(o), adolescente adulta(o), adulto(a) mayor.			
FISICAS	Retraimiento		SEXUALES
Hematomas o contusiones inexplicables	Llanto frecuente		Conocimiento y conducta sexual inapropiada
Cicatrices	Exagerada necesidad de ganar sobresalir.		Irritación, dolor, hemorragia en genitales
Quemaduras	Demandas excesivas de atención.		Embarazo precoz
Fracturas inexplicables	Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.		Abortos o amenaza de infección de transmisión sexual
Marca de mordeduras	Tartamudeo.		NEGLIGENCIA
Lesiones de vulva, pireneo.	Temor a los padres o de llegar al lugar		Falta de peso o pobre patrón de crecimiento
Laceraciones en la mejilla, boca, ojos.	Robo, mentira, fatiga desobediencia, agresividad.		No tiene vacunas o atención de salud
Quejas crónicas sin causa físicas, cefaleas, problemas de sueño (mucho sueño)	Llegar muy temprano a la escuela o retirarse muy tarde		Accidente o enfermedades muy
Enuresis (niños)	Bajo rendimiento académico y aislamiento de personas.		Descuido en la higiene y estimulación del desarrollo.
PSICOLÓGICO	Intento de suicidio		Falta de sueño y hambre
Extrema falta de confianza en si mismo	Uso de alcohol, drogas		
Tristeza, depresión o angustia	Uso de tranquilizantes o analgésicos		

Fuente: Protocolo de atención de la violencia basada en género MINSA 2007

LISTA DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

Nombre y apellidos: Edad:

Ocupación: Grado de instrucción: Fecha:

Instrucciones:

A continuación encontrarás una lista de habilidades que las personas usan en su vida diaria, Señala tu respuesta marcando con una x uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios

N = nunca **RV = rara vez**
AV = A veces **AM = a menudo** **S = siempre**

Recuerda que: tu sinceridad es muy importante no hay respuesta buenas ni malas, asegúrate de contestar todas

HABILIDADES:	N	RV	AV	AM	S
1. Prefiero mantenerme callado(a) para evitarme problemas					
2. Si un amigo (a) habla mal de mi persona le insulto					
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera					
4. Si un amigo(a) se saca una buena nota en el examen no le felicito					
5. Agradezco cuando alguien me ayuda					
6. Me acerco a abrazar a mi amigo(a) cuando cumple años					
7. Si un amigo(a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura					
8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa					
9. Le digo a mi amigo(a) cuando hace algo que no me agrada					
10. Si una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo exigiendo mi derecho a ser respetado					
11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola					
12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol					
13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla					
14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender que me dicen					
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla					
16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender					
17. Me dejo entender con facilidad cuando hablo					
18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y me entiendan mejor					
19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias					
20. Si estoy "nervioso(a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos					
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma					
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud					
23. No me siento contento(a) con mi aspecto físico					
24. Me gusta verme arreglado (a)					
25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado/a					
26. Me da vergüenza felicitar a un amigo(a) cuando realiza algo bueno					
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas					
28. Puedo hablar sobre mis temores					
29. Cuando algo me sale mal no sé como expresar mi cólera					
30. Comparto mi alegría con mis amigos (as)					
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante					
32. Puedo guardar los secretos de mis amigos (as)					
33. Rechazo hacer las tareas de la casa.					
34. Pienso en varias soluciones frente a un problema					
35. Dejo que otros decidan por mi cuando no puedo solucionar un problema					
36. Pienso en las posibles consecuencias de mis decisiones					
37. Tomo decisiones importantes para mi futuro sin el apoyo de otras personas					
38. Hago planes para mis vacaciones					
39. Realizo cosas positivas que me ayudarán en mi futuro					
40. Me cuesta decir no por miedo a ser criticado					
41. Defiendo mi idea cuando veo que mis amigos(as) están equivocados (as)					
42. Si me presionan para ir a la playa escapándome del colegio, puedo rechazarlo sin sentir temor y vergüenza a los insultos.					

Cuestionario de cólera, irritabilidad y agresión (cia)

Nombre y apellidos: Edad:

Grado de instrucción: Fecha:

Este cuestionario está diseñado para saber sobre tu estado de ánimo. Usando esta escala que sigue a continuación selecciona tu respuesta marcando con una "x" uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios: **N** = nunca, **RV** = rara vez, **AV** = a veces, **AM** = a menudo, **S** = siempre

Recuerda que tu sinceridad es muy importante, no hay respuesta mala ni buena, asegurate de contestar todas.

	N	RV	AV	AM	S
1. Soy un (una) renegón (a)					
2. No puedo evitar ser algo tosco (a) con la persona que no me agrada					
3. Siento como que me hierve la sangre cuando alguien se burla de mi					
4. Paso mucho tiempo molesto(a) más de los que la gente					
5. Cuando estoy molesto siento como si tuviera algo pesado sobre mis hombros					
6. Me molesta que la gente se acerque mucho a mi alrededor					
7. Fácilmente me molesto pero se me pasa rápido					
8. Con frecuencia estoy muy molesto(a) y a punto de explotar					
9. No me molesto si alguien no me trata bien					
10. Yo soy muy comprensivo(a) con todas las personas					
11. Yo no permito que cosas sin importancia me molesten					
12. Es muy común estar muy amargo(a) acerca de algo y luego rápidamente sentirme tranquilo					
13. Cambio rápidamente de ser capaz de controlar mi amargura					
14. Cuando estoy molesto (a) no puedo dejar de gritar, mientras que otras veces no grito					
15. Algunas veces me siento bien, y en el minuto siguiente cualquier cosa me molesta					
16. Hay momentos en la que estoy tan molesto (a) que siento que el corazón me palpita rápidamente y luego de un cierto tiempo me siento bastante relajado(a)					
17. Normalmente me siento tranquilo(a) y de pronto de un momento a otro, me esfuerzo a tal punto que podría ser capaz de golpear cualquier cosa					
18. Hay épocas en las cuales he estado tan molesto (a) que he explotado todo el día frente a los demás, pero luego me he puesto tranquilo(a)					
19. Pienso que la gente que constantemente fastidia, está buscando un puñete o una cachetada					
20. Peleo con casi toda la gente que conozco					
21. Si alguien me levanta la voz, le insulto para que se calle					
22. En ocasiones no puedo controlar mi necesidad de hacer daño a otras personas					
23. Cuando estoy amargo puedo ser capaz de cachetear a alguien					
24. Pienso que cualquiera que me insulte o insulte a mi familia esta buscando pelea					
25. Generalmente tengo una buena razón para golpear a alguien					
26. Si alguien me golpea primero, yo le respondo de igual manera.					
27. Puedo usar los golpes para defender mis derechos si fuera necesario					
28. Yo golpeo a otro (a) cuando él (ella) me insulta primero					
29. se me hace difícil conversar con una persona para resolver un problema					
30. No puedo evitar discutir con la gente que no está de acuerdo conmigo					
31. Si alguien me molesta, soy capaz de decirle lo que pienso sobre él (ella)					
32. Cuando la gente me grita, yo también le grito					
33. Cuando me enojo digo cosas feas					
34. generalmente hago amenazas o digo cosas feas que después no cumplo					
35. Cuando discuto rápidamente alzo la voz					
36. Aún cuando esté enojado (a), no digo malas palabras, ni maldigo					
37. Prefiero darle la razón un poco a una persona antes que discutir					
38. Cuando estoy enojado (a) algunas veces golpeo la puerta					
39. Yo me podría molestar tanto que podría agarrar el objeto más cercano y romperlo					
40. A veces expreso mi cólera golpeando sobre la mesa					
41. Me molesto lo suficiente como para arrojar objetos.					
42. Cuando me molesto mucho boto las cosas.					



FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL JOVEN

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA JOVEN								0
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD								
N° de Historia Clínica		N° de Afiliación SIS u otro seguro						
Apellidos			DNI O CUI					
Nombres			Sexo	M	F	Fec. de nac.		
Dirección / Referencia								
Acompañante								
				Edad	DNI			
N°	FECHA	PROBLEMAS CRONICOS			INACTIVO	OBSERVACIONES		
N°	FECHA	PROBLEMAS AGUDOS			FECHA	OBSERVACIONES		
N°	PRESTACIONES DE SALUD	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	FECHA	
1	EVALUACIÓN ESTADO NUTRICIONAL							
2	IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO							
3	TAMIZAJE DE VIOLENCIA							
4	DESCARTE DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES							
5	EVALUACIÓN BUCAL							
6	PSICOSOCIAL Y DE HABILIDADES SOCIALES							
7	INMUNIZACIONES							
8	OTRAS INTERVENCIONES PREVENTIVAS							
9	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES							
10	CONSEJERIA INTEGRAL							
11	ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA							
12	VISITA FAMILIAR INTEGRAL							
13	TEMAS EDUCATIVOS							
14	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS							

7

NTS N° 139-MINSA/2018/DGAIN
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA GESTIÓN DE LA HISTORIA

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - MUJER JOVEN
FICHA DE EXAMEN MÉDICO DE CONTROL ANUAL PREVENTIVO

Colocar SI o check, NO o aspa

CADA CONSULTA	Fecha																				COMENTARIO
Fiebre en los últimos 15 días																					
Tos más de 15 días																					
Secreción o lesión en genitales																					
Fecha de última regla																					
PERIÓDICAMENTE																					
Examen Físico:		Fecha																			
Talla / Peso																					
Perímetro de cintura																					
Índice de masa corporal IMC																					
Presión arterial																					
VACUNAS																					
Antitetánica (3 dosis)																					
Antiamebílica (zona de riesgo)																					
Antihepatitis B (3 dosis)																					
Anti rubéola																					
Examen Bucal:																					
Capacidad masticatoria %																					
Encías																					
Caries dental																					
Edentulismo parcial o total																					
Portador de prótesis dental																					
Estado de higiene bucal																					
Urgencia de tratamiento																					
Fluorización																					
Destartraje																					
Examen Visual:																					
Ojo derecho																					
Ojo izquierdo																					
Presión ocular																					
Examen preferencial																					
Aparato respiratorio																					
Aparato cardio vascular																					
Aparato digestivo																					
Aparato genitourinario																					
- Vejiga y próstata																					
- Ex Mama																					
Aparato locomotor																					
Examen LABORATORIO																					
Serología (VDRL y ELISA)																					
BK																					
Hemograma/HB																					
Examen de Orina																					
Colesterol																					
Glucosa																					



CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - HOMBRE JOVEN
FICHA DE EXAMEN MEDICO DE CONTROL ANUAL PREVENTIVO

Colocar SI o check, NO o aspa

CADA CONSULTA	Fecha											COMENTARIO
Fiebre en los últimos 15 días												
Tos más de 15 días												
Secreción o lesión en genitales												
Fecha de última regla												
PERIÓDICAMENTE	Fecha											
Examen Físico:												
Talla / Peso												
Perímetro de cintura												
Índice de masa corporal IMC												
Presión arterial												
VACUNAS												
Antitetánica (3 dosis)												
Anti amarilica (zona de riesgo)												
Anti hepatitis B (3 dosis)												
Anti rubéola												
Examen Bucal:												
Capacidad masticatoria %												
Encías												
Caries dental												
Edentulismo parcial o total												
Portador de prótesis dental												
Estado de higiene bucal												
Urgencia de tratamiento												
Fluorización												
Destartraje												
Examen Visual:												
Ojo derecho												
Ojo izquierdo												
Presión ocular												
Examen preferencial												
Aparato respiratorio												
Aparato cardio vascular												
Aparato digestivo												
Aparato genitourinario												
- Vejiga y próstata												
- Ex Mama												
Aparato locomotor												
Examen LABORATORIO												
Serología (VDRL y ELISA)												
BK												
Hemograma/HB												
Examen de Orina												
Colesterol												
Glucosa												



LISTA DE PROBLEMAS

Nº	FECHA	PROBLEMAS CRÓNICOS	CONTROLADO/NO CONTROLADO	OBSERVACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Nº	PROBLEMAS AGUDOS	FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

		DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACIÓN GENERAL					
2	INMUNIZACIONES					
3	EVALUACIÓN BUCAL					
4	INTERVENCIONES PREVENTIVAS					
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES					
6	CONSEJERÍA INTEGRAL					
7	VISITA DOMICILIARIA					
8	TEMAS EDUCATIVOS					
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS					

APELLIDOS Y NOMBRE:

Nº



HISTORIA CLINICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - MUJERES											
CADA CONSULTA		FECHA:									COMENTARIO
Fiebre en el último mes											
Tos más de 15 días											
Secreción o lesión en genitales											
Fecha de última regla											
PERIODICAMENTE		FECHA:									COMENTARIO
Físico: Índice de masa corporal (P/T)											
Presión Arterial											
Vacunas: Antitetánica (3 dosis)											
Antiamarilica (zona de riesgo)											
Contra la hepatitis B (3 dosis)											
Examen bucal:											
Encías											
Caries dental											
Edentulismo parcial o total											
Portador de prótesis dental											
Estado de higiene dental											
Urgencia de tratamiento											
Examen: Visual (> 40 años)											
de colesterol (> 45 años)											
de glucosa											
de marcas											
pélvico y PAP											
mamografía (> 50 años)											
Psicosocial: Ansiedad - depresión											
Violencia Familiar											
Violencia política											
Hábitos: Actividad Física											
Uso de alcohol											
Uso de tabaco											
Uso de drogas											
Sexualidad: Actividad sexual											
Planificación familiar											

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - HOMBRES											
CADA CONSULTA		FECHA:									COMENTARIO
Fiebre en el último mes											
Tos más de 15 días											
Secreción o lesión en genitales											
PERIODICAMENTE		FECHA:									COMENTARIO
Físico: Índice de masa corporal (P/T)											
Presión Arterial (No es hipertenso)											
Vacunas: Antitetánica (zona de riesgo)											
Antiamarilica (zona de riesgo)											
Contra la hepatitis B (3 dosis)											
Examen bucal:											
Encías											
Caries dental											
Edentulismo parcial o total											
Portador de prótesis dental											
Estado de higiene dental											
Urgencia de tratamiento											
Examen: Visual (> 40 años)											
de colesterol (> 35 años)											
de glucosa											
próstata (> 50 años)											
Psicosocial: Ansiedad - depresión											
Violencia Familiar											
Violencia política											
Hábitos: Actividad Física											
Uso de alcohol											
Uso de tabaco											
Uso de drogas											
Sexualidad: Actividad sexual											
Planificación familiar											

Nota: se puede colocar Si o check, No o aspa, ni (normal o an) (anormal) buena regular, mala o valores

APELLIDOS Y NOMBRE:	N°
----------------------------	-----------