

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INFORME MENSUAL DE PRODUCCION DE SERVICIOS Form. 301a

DATOS DE IDENTIFICACION: Registre el Sedes, red, municipio y nombre del establecimiento correspondiente, mes y año del que se está reportando. Marcar con un **círculo** el código del subsector (**A** para público, **B** para seguridad social, **C** para ONG,s **D** para iglesia, **E** para privados, **F** para fuerzas armadas y **G** para policía boliviana).

1. CONSULTA EXTERNA: Anote la **primera consulta** según grupo etéreo, entendido como el primer contacto que el paciente realiza con el establecimiento de salud en la consulta externa durante el año, su registro más frecuente en establecimientos de primer nivel (punto de entrada del paciente al sistema de salud), el registro de la primera consulta para establecimientos de segundo y tercer nivel aplica cuando el paciente es atendido sin previa referencia, está variable se refiere a pacientes no a consultas; Anote las consultas **nuevas y repetidas** según grupo etéreo, diferenciando masculino y femenino. **Consulta nueva** es el paciente que consulta por primera vez por una causa determinada y **consulta repetida** es cuando vuelve a la reconsulta una o más veces por esa **misma causa**. Estas variables se refieren a consultas y no a pacientes; puede haber un paciente que consulte 2 veces en el mismo mes por razones distintas, en cuyo caso se anotan 2 consultas nuevas. Las consultas de pacientes crónicos son consideradas repetidas.

2. REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS: 1. Registre a los pacientes **referidos recibidos** por el establecimiento de otros niveles de atención. 2. Registre a los pacientes **referidos** a otros establecimientos o a otros niveles de atención. 3. Anote el número de Personas Con Discapacidad PCD (física, intelectual, sensorial o múltiple) identificadas **NO CALIFICADAS** que son referidas a las Unidades de Calificación de Discapacidad. 4. Anote el número de Personas Con Discapacidad PCD que son referidas a servicios o centros de rehabilitación. 5. Registre el número de pacientes **contrareferidos** al establecimiento. 6. Anote el número de pacientes **referidos** de la comunidad o medicina tradicional al establecimiento de salud. 7. Anote el número de pacientes referidos a la medicina tradicional.

3. ATENCION ODONTOLOGICA: **1 Primera consulta,** Se refiere a la primera vez en el año que a una persona se le realiza la atención odontológica dentro o fuera del establecimiento con el llenado de la historia clínica y descargo del recibo recetario (no incluye campañas masivas de promoción) según sexo y grupo de edad que corresponda. **2. Consulta nueva,** Se refiere cuando el paciente acude al servicio odontológico e inicia el tratamiento de una determinada patología en una pieza dental o región de la cavidad bucal, según al grupo etario y sexo al que pertenece. **3. Consulta repetida,** cuando el paciente vuelve a la re consulta por esa misma causa o pieza dental, por la cual ya fue atendido anteriormente, es decir a la continuación del tratamiento, esta puede llevar una o más sesiones dependiendo el tipo de tratamiento que recibe hasta su conclusión, según el grupo etario y sexo al que pertenece. **4. Medidas preventivas,** Registre la sumatoria de medidas preventivas (profilaxis, flúor tópico en gel o braniz, sellado de fosas y fisuras y aplicación de carióstáticos) según el grupo etario y sexo al que pertenece. Las medidas preventivas **No** se realizan en establecimientos de III nivel. **5. Restauraciones,** registre la sumatoria de obturaciones (resina fotopolimerizable, ionómero de vidrio de obturación, PRAT-TRA) según grupo etario y sexo al que pertenece. **6. Endodoncia,** registre la sumatoria de (pulpotomía, trat. endodóntico ya sea uniradicular y multiradicular) según grupo etario y sexo al que pertenece. **7. Periodoncia,** Registre la sumatoria de (tartrectomía, gingivectomía simple y trat. no quirúrgico) según grupo etario y sexo al que pertenece, está acción curativa no se la efectúa en el menor de 5 años. **8. Cirugía bucal menor,** Registre la sumatoria de (exodoncias, trat. de alveolitis y trat. de absceso periapical) según grupo etario y sexo al que pertenece. **9. Cirugía bucomaxilofacial menor,** registrar la sumatoria de tratamientos en dientes y maxilares, tratamientos en tejidos blandos, según grupo etario y género al que pertenece. **10. Cirugía bucomaxilofacial mediana,** registrar la sumatoria de tratamientos en dientes y maxilares, tratamientos en tejidos blandos, tratamientos en glándulas salivales y tratamientos en articulación temporomandibular, según grupo etario y género al que pertenece. **11. Tratamiento de fracturas Dentoalveolares,** registrar la sumatoria de esta variable, según grupo etario y género al que pertenece. **12. Tratamiento odontológico integral terminado (TOIT)** registre el número pacientes según grupo de edad y sexo dados de alta de las patologías bucodentales incluyendo acciones de prevención y promoción, es decir el número pacientes atendidos considerados sanos hasta su próxima consulta. Se debe registrar solo una vez al año. **13. Rayos X dental,** registre el número de tomas radiográficas realizadas dentro o fuera del establecimiento a los pacientes según grupo de edad y sexo.

4. CONSULTAS PRENATALES: 1 al 3 Anote el número de consultas prenatales **nuevas** (la primera consulta prenatal o la primera visita de una mujer que cursa con embarazo sea dentro o fuera del establecimiento de salud) por grupo etéreo diferenciando las que se encuentran **en el 1er trimestre de embarazo (hasta las 12 semanas de embarazo), en el 2do trimestre de embarazo (de la semana 13 hasta el final de la semana 26 de embarazo) y 3er. trimestre del embarazo** considerado desde la semana 27 hasta el final del embarazo, ya no se considera nueva a la que visito o fue captada por ese mismo embarazo en cualquier otro establecimiento de salud o brigada y debe ser anotada como repetida. 4. Anote el total de consultas prenatales **repetidas** realizadas dentro y fuera del establecimiento (con dos, tres, cuatro, o más controles) por grupo de edad. 5. Anote las consultas de mujeres que acuden por su 4to. control prenatal dentro y fuera del establecimiento por grupo de edad.

5. ATENCIÓN DE PARTO Y PUERPERIO EN SERVICIO Y DOMICILIO, OTRO TIPO DE ATENCIONES LIGADAS AL PARTO: Registre las atenciones en servicio y domicilio según grupo de edad. **1. y 2.** Anote el número de partos atendidos diferenciando si son vaginales o por cesárea. **3.** el número de mujeres (puérperas) con visita de control en las 48 hrs siguientes al parto. **4.** Anotar el número de partos atendidos por proveedor calificado (personas con destrezas en atención profesional, capacitados hasta alcanzar la pericia necesaria para brindar cuidados competentes durante el parto, post parto y sus complicaciones: médicos generales y/o especialistas); **5** el número de partos atendidos por personal de salud calificado y partera, efectivizando la articulación de la atención entre la medicina científica y la tradicional ancestral; **6.** El número de partos atendidos por personal de salud calificado (personas calificadas capaces de manejar el trabajo de parto y el parto normal, reconocer el inicio de complicaciones, realizar intervenciones esenciales, dar comienzo a tratamientos y supervisar la referencia de la mujer, madre y el recién nacido(a) a intervenciones que están más allá de sus competencias o que no son posibles en su entorno: enfermeras y/o Aux. de enfermería); **7. 8. y 9.** El número de partos atendidos por partera empírica, capacitada, como por otros (madre, familiares, etc.); **10.** El número de primeros controles post – parto hasta 7 días después de la salida del producto.

6. INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO: Registrar según grupo de edad el número de interrupciones legales del embarazo (ILE) realizadas en mujeres gestantes durante el 1er, 2do y 3er trimestre del embarazo por las causales de violencia sexual, riesgo de salud de la madre y/o malformación congénita incompatible con la vida según corresponda el caso.

7. ANTICONCEPCION, PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO: Para los métodos hormonales y de barrera (DIU, inyectable, condón masculino y femenino, píldora, implante subdérmico): Usuaría(o) nueva(o): es aquella persona, que acude a un servicio de salud en busca de un método anticonceptivo y escoge a su elección cualquiera de los métodos anticonceptivos modernos disponibles, convirtiéndose en usuaria nueva para ese método específico. Por ejemplo, si una mujer empieza a usar condones, es usuaria nueva de condones, pero si al poco tiempo decide usar píldoras, se anotara como usuaria nueva de píldoras. Usuaría continua: es aquella persona que está utilizando un método anticonceptivo moderno y retorna al servicio para fines de control y/o reabastecimiento. **Para métodos naturales** Usuaría(o) nueva(o): es aquella persona, que acude a un servicio de salud en busca de un método anticonceptivo natural y está capacitado en el manejo de dicho método (mela, ritmo, días fijos). Usuaría(o) continua(o): es aquella persona que viene utilizando un método anticonceptivo natural, vuelve al servicio para control y consejería en ese u otro método natural. **Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria:** Anote el número de AQV realizadas a hombres y/o mujeres por grupo de edad. **Anticoncepción Oral de Emergencia:** Anote el número de mujeres que utilizan la píldora anticonceptiva oral de emergencia por grupo de edad. **Orientación:** Anote igualmente el número de personas (mujeres o varones) que recibieron orientación en *Planificación Familiar* en el caso de una(o) (usuaria(o) nueva(o), cambio de método y NO en el reabastecimiento u control por grupo de edad **Papanicolaou (PAP):** anote el número de mujeres con muestras de papanicolaou tomadas, el número de mujeres con reportes citológicos de papanicolaou positivos y el número de mujeres con muestras de papanicolaou tratadas por grupo de edad. **Inspección Visual con Acido Acético (IVAA):** anote el número de mujeres en las cuales se realiza la técnica de inspección visual con ácido acético, el número de mujeres con la técnica de inspección visual con ácido acético positivas (mujeres que fueron positivas al examen de IVAA) y aquellas que cumpliendo los criterios recibieron efectivamente el tratamiento con crioterapia (presencia en el cuello uterino áreas blancas densas de bordes nítidos color blanco opaco o blanco ostra con o sin márgenes elevados y que se localizan en proximidad en la unión escamo columnar) por grupo de edad; **Número de mujeres con examen clínico de mama positivo sospecho de nódulo neoplásico:** aquellas mujeres que al examen clínico de mama presentan alguna lesión sospechosa de neoplasia.

Número de mujeres con estudios mamográficos positivos: Número de mujeres que dieron positivos al estudio de mamografía. Registre asimismo el número de mujeres en post parto que egresaron con método moderno, el número de mujeres que después del aborto egresaron con algún método moderno, el número de implantes subdérmicos retirados y el número de abandonos de métodos anticonceptivos.

8. MICRONUTRIENTES: Se anotara en la casilla correspondiente **1.** Mujeres embarazadas que han recibido la dosis completa de hierro y **2.** Mujeres puérperas que han recibido la dosis completa de hierro; **3.** Niñas(os) menores de 6 meses con dosis completa de hierro (a partir de los 4 meses) **4.** Niñas(os) menores de 1 año (a partir de los 6 meses a 11 meses) que han recibido la dosis completa de Hierro (60 sobres de chispitas nutricionales); **5.** Niñas(os) de 1 año (12 a 23 meses) que han recibido la dosis completa de hierro (60 sobres de chispitas nutricionales); **6.** Niñas(os) de 2 años a menor de 5 años (2 a 4 años 11 meses) que han recibido la dosis completa de hierro de acuerdo a la norma por grupo de edad; **7.** Mujeres puérperas que han recibido la dosis única de Vitamina A (administrada inmediatamente después del parto); **8.** Niñas(os) menores de 1 año (a partir de los 6 a 11 meses) que han recibido la dosis única de Vitamina A de 100.000 U.I.; **9.** Niñas(os) de 1 año que han recibido la 1ra. dosis de Vitamina A ; **10.** Niñas(os) de 1 año que han recibido la 2da dosis de Vitamina A ; **11.** Niñas(os) de 2 a menor de 5 años (2 a 4 años 11 meses) que han recibido la 1ra. dosis de Vitamina A ; **12.** Niñas(os) de 2 a menor de 5 años (2 a 4 años 11 meses) que han recibido la 2da. dosis de Vitamina A; **13.** Niñas(os) menores de 1 año con talla baja (a partir de los 6 a 11 meses) que han recibido la dosis completa de zinc (45 tabletas o 3 frascos de zinc); **14.** Niñas(os) de 1 año con talla baja (12 a 23 meses) que han recibido la dosis completa de Zinc (45 tabletas o 3 frascos de Zinc); **15.** Niñas (os) menores de 1 año (a partir de los 6 a 11 meses), que han recibido la dosis del alimento complementario (2 bolsas cada mes); **16.** Niñas(os) de 1 año (12 a 23 meses) que han recibido la dosis completa de alimento complementario (2 bolsas cada mes), (Nutribebe, Dino bebe, Chiti feliz, Wawa Mankaña, Kallpawawa, Bebe Churo y Sanito, Bebe Peladingo Sano); **17.** Niñas(os) RN con lactancia materna inmediata **18.** Niñas(os) de 6 meses que han recibido lactancia materna exclusiva (preguntar una sola vez). **19.** Adultos mayores de 60 Años que han recibido complemento Nutricional (1 Bolsa por mes) **20.** Mujeres Embarazadas que han recibido Alimento Complementario Nutri Mamá (1 Bolsa por mes) **21.** Mujeres en periodo de lactancia que han recibido alimento complementario Nutri Mamá (1 Bolsa por mes).

8. RECIEN NACIDOS EN SERVICIO Y DOMICILIO: Registre el número de las atenciones de los recién nacidos del establecimiento en servicio o domicilio, dicho registro debe tener relación con las atenciones del parto y puerperio. **1. y 9.** Anote el número de nacidos vivos y muertos como producto de los partos vaginales y cesáreas atendidos. **2.** El número de nacidos vivos en mujeres de 15 a 49 años que cuenten con el 4 CPN realizado. **3. y 10.** El número de Nacidos vivos y muertos con peso menor a 2500g **4. y 5.** El número de Nacidos vivos prematuros identificados antes de las 28 semanas y entre este periodo antes de las 37 semanas de gestación. **6.7. 8.13.14 y 15** Anote el número de nacidos vivos y muertos atendidos por personal de salud, partera y otros (entendido como el parto asistido por el esposo, madre, hermana u otro). **16.17.18. y 19.** Registre el número de recién nacidos con malformación congénita, apego precoz, con corte tardío de cordón umbilical y con alojamiento conjunto **20.** Anote el número de recién nacidos con visita de control en las 48 hrs siguientes al nacimiento.

9. CONTROL DE CRECIMIENTO INFANTIL: Se debe registrar a los niñas y niños de acuerdo a la siguiente clasificación de grupo de edad dentro o fuera del establecimiento: **1. y 2.** Menores de 1 año son los niñas(os) que tienen 0 (recién nacidos) a 11 meses y 29 días; **3. y 4.** niñas(os) de 1 año a menores de 2 años son aquellos que tienen 1 año cumplido hasta 1 año 11 meses y 29 días; **5. y 6.** niñas(os) de 2 años a menores de 5 años son los que tienen 2 años cumplidos hasta los 4 años, 11 meses y 29 días. **Control nuevo:** se debe registrar a los niñas(os) que por primera vez vienen al control de crecimiento dentro del grupo etáreo que corresponda. **Control repetido:** se debe registrar a los niños(as) que vuelven al control dentro del mismo grupo etáreo al que corresponde.

10. INTERNACIONES: Se considera internación cuando el paciente utiliza una cama del establecimiento, aunque sea por una(s) hora(s). En el caso de que el paciente se interne una(s) hora(s), se anota como un día de internación. Los establecimientos de salud que tienen camas (SI) tienen que llenar la información de internaciones. **1.** Anote el número de pacientes que se internaron al ser referidos desde otros establecimientos. **2.** Anote el número de pacientes que llegaron por iniciativa propia y fueron internados. **3.** Anote el número de pacientes que egresaron (incluyendo los egresos por fallecimiento). **4. y 5.** anote los fallecidos, diferenciando si el fallecimiento fue antes de las 48 hrs. o a partir de las 48 hrs. **6.** Registre el número de contrarreferencias realizadas a los establecimientos de origen, en todos los casos anotar diferenciando masculino y femenino. **7. y 8.** Anote el número de días camas ocupadas diferenciando maternidad y otros servicios. Si el paciente se queda por una(s) hora(s) se anota como un día cama ocupada. **9. y 10.** Anote el número de días camas disponibles, diferenciando maternidad y otros servicios. No olvide que para calcular los días camas disponibles hay que sumar las camas habilitadas no ocupadas y las ocupadas, multiplicando por los días del mes.

11. OTRAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA: **1.** Anote el número total de venoclisis (sueros) realizados, **2.** el número total de inyectables administrados **3.** el número total de curaciones y/o suturas realizadas y **4.** el número de otras acciones de enfermería (inserción de sondas, nebulizaciones, kinesioterapias, alimentación enteral, preparación de material, recolección de muestras, tareas de aseo y descontaminación, etc.).

12. CIRUGIAS Y ANESTESIAS: Anote diferenciando el sexo Masculino o Femenino el **1.** Número de cirugías menores realizadas y el **2.** Número de anestésicos locales realizadas.

13. ENFERMEDADES CONGÉNITAS DEL METABOLISMO: Anote diferenciando el sexo Masculino o Femenino el **1.** Número de Neonatos (menor de 7 días) a los que se les ha realizado Tamizaje Neonatal Temprano y el **2.** Número de Neonatos (de 7 a 28 días) a los que se les ha realizado Tamizaje Neonatal Temprano.

14. ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO Y CON LA COMUNIDAD: **1.** Anote el número de actividades realizadas con la participación de la comunidad (ferias, otras campañas, entendiéndose a estas en diferentes tiempos y espacios determinados). **2.** Anote el desarrollo del CAI en el establecimiento (una vez cada trimestre). **3.** Anote el número de comunidades o juntas vecinales que participaron en el CAI de establecimiento. **4.** Anote el número de familias nuevas carpetizadas. **5.** y las con seguimiento durante el periodo (mes). **6.** Anote el número de primeras visitas familiares realizadas durante el periodo **7** el número de segundas visitas familiares realizadas durante el periodo y **8.** El número de terceras visitas familiares realizadas durante el periodo **9.** Anote el número de reuniones realizadas con las autoridades locales de salud **10.** y las realizadas con el Comité Local de Salud **11.** Anote el número de actividades de la comunidad con participación del establecimiento (reuniones comunales completas, eventos de trabajo comunal, gestiones de las comunidades ante sus municipios con participación del equipo de salud) **12. y 13.** el número de beneficiarias (os) atendidas (os) madres y niño/as por el establecimiento de salud por el bono Juana Azurduy en el mes. **14.** Anote el número de auditorías internas periódicas realizadas por el personal responsable del establecimiento en aplicación del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica. **15.** y el número de autoevaluaciones periódicas para lograr la acreditación del establecimiento de acuerdo al Manual y Guía de Evaluación y Acreditación que le corresponda. **16.** Anote el número de quejas y reclamos realizadas por los usuarios (as) **17** el número de sugerencias y agradecimientos realizados fruto del proceso de atención brindado por el establecimiento **18.** Anote el número de actividades educativas en salud desarrolladas como extensión del establecimiento **19.** Registre el número de Personas con Discapacidad atendidas en el Establecimiento y **20.** en la comunidad **21. y 22.** Anote el número de beneficiarios(as) con educación y promoción en Salud Oral **23.** Anote el número de Certificados Únicos emitidos para Casos de Violencia de acuerdo a la Ley Nro. 348 **24.** Anote el número de Cajas de Evidencia Utilizadas en los casos de Violencia sexual de acuerdo a la Ley Nro. 1226 **25.** Anote el número de proyectos ejecutados relacionados a las determinantes de la salud **26.** Anote el número de actividades de educación integral en sexualidad a adolescentes que hubieran sido dirigidas a grupos, organizaciones o redes, etc.

15. VACUNACIONES EN MENORES DE 5 AÑOS: **1.** Registre el número de vacunados con BCG (dosis única). **2. al 11.** el número de vacunados con pentavalente, antipolio **12. y 13.** Antirrotavírica 1ra. y 2da dosis **14. al 16.** Antineumocócica 1ra, 2da ,3ra dosis aplicadas de acuerdo a la vía y esquema, **17. y 18.** Influenza estacional 1ra. dosis desde los 6m a 11 m y 2da. dosis desde los 7m a 11 m **19. Y 20.** SRP 1ra y 2da. Dosis **21.** Antiamarílica dosis única **22. y 23.** Influenza estacional dosis única y en niños(as) con enfermedades crónicas, según grupo de edad y sexo correspondiente, discriminando si fue dentro o fuera del establecimiento.

16. OTRAS VACUNACIONES: Anote según grupo de edad y sexo **1. a 5.** el número de vacunados con **dT** según la dosis correspondiente 1ra, 2da, 3ra, 4ta y 5ta dosis entre los 7 a 49 años; **6.** el número de niñas(os) vacunados con vacuna VPH 1ra.Dosis (Dosis Única) en el grupo de edad correspondiente **8.** el número de vacunados con SR de 5 a 49 años **9.** Antiamarílica (dosis única) **10. al 18.** el número de vacunados trabajadores de salud, población vulnerable expuesta al riesgo de contraer VIH (GBT, HSH y trabajadoras(es) sexuales) y población vulnerable con enfermedad renal con vacuna contra hepatitis B 1ra, 2da, 3ra dosis según corresponda. **19. al 22.** el número de vacunados en cualquiera de los grupos de edad, personas con enfermedades crónicas, mujeres embarazadas y personal de salud con dosis única de influenza estacional. **23. al 25.** el número de inmunodeprimidos vacunados contra COVID-19 según corresponda la 1ra, 2da, 3ra. Dosis **26.** el número de enfermos crónicos, embarazadas y personal de salud con Dosis Anual y **27.** el número de vacunados sin enfermedades de base con Dosis Única.

17. MALARIA: Anotar el número de tratamientos específicos entregados al paciente confirmado según grupo de edad correspondiente, menores de 1 año, de 1 año a menores de 5 años, de 5 años y más y en la mujer embarazada, asimismo el número de tratamientos específicos entregados al paciente confirmado, en todos los casos diferenciando especie parasitaria (vivax, falciparum), diferenciando según sexo (masculino y femenino).

18. RABIA: **1.** Anotar el número de personas con vacuna antirrábica **2. y 3.** el número de personas con esquema clásico y reducido completo **4.** el número de personas que abandonaron el esquema según sexo (masculino y femenino). **5.** y el número de vacunas antirrábicas aplicadas a perros y gatos.

19. CHAGAS: **1. a 4.** Anotar el número de tratamientos iniciados y concluidos de acuerdo al grupo de edad correspondiente según sexo masculino y femenino. **5.** El número de tratamientos iniciados y concluidos en mujeres post parto. **6. a 8.** Anotar el número de viviendas evaluadas, positivas y rociadas.

20. ACCIDENTES POR OFIDIOS Y ANIMALES PONZOÑOSOS: Anotar según sexo el **1.** número de tratamientos iniciados con suero antiofídicos, **2.** con suero antiarácnido y con **3.** Suero antiescorpionico.

21. VIH - SIFILIS: **1. Y 2.** Anote el número de mujeres embarazadas con la 1ra o 2da. prueba rápida para VIH **19.2** y población en general con prueba rápida, diferenciando masculino y femenino. **3.** el número de mujeres con prueba rápida en el parto o puerperio **4. Y 5.** el número de embarazadas con la 1ra. y 2da prueba para Sífilis **6.** el número el número de mujeres con prueba rápida en el parto o puerperio **7.** el número de mujeres con prueba rápida en el parto o puerperio.

22. LEISHMANIASIS: Anotar el número de tratamientos iniciados y concluidos según sexo de acuerdo al tipo de leishmaniasis que corresponda **1.** Tratamientos de leishmania cutánea **2.** Tratamientos de leishmania mucosa **3.** Tratamientos de leishmania mucosa y cutánea (mucosa) **4.** Tratamientos de leishmania visceral.

23. TUBERCULOSIS Y LEPRO: **1.** Anote el número de *sintomáticos respiratorios (SR) identificados* en el mes. **2.** Anote los casos de tuberculosis pulmonar bacteriológicamente confirmados, incluye los nuevos y las recaídas, **3.** el número de casos nuevos y recaídas de tuberculosis pulmonar clínicamente diagnosticados **4.** el número de casos de tuberculosis extrapulmonar nuevos y tuberculosis previamente tratados con diagnóstico confirmado en el mes (recaídas). **5. y 6.** Anote los tratamientos con esquema TB sensible y esquema modificado para TB; **7.** el número de quimioprofilaxis en menores de 5 años iniciados en el mes. **8.** el número de pacientes multidrogo resistentes MDRs identificados en el periodo **9.** el número de casos (nuevos y recaídas) de TB en todas sus formas con éxito de tratamiento **10.** el número de pacientes con confección TB/VIH. **11. y 12.** Anote el número de casos de lepra que iniciaron tratamiento paucibacilar y multibacilar. y **13.** el número de pacientes con lepra con seguimiento a sus contactos. En todos los casos diferenciando el sexo masculino y femenino.

24. TELESALUD: Registre según grupo de edad y sexo (masculino o femenino) el número de actividades de Telesalud: Teleinterconsultas, Teleconsultas, y Telemetrías. **1. y 2.** Teleinterconsulta Generada (TIC Generada) nueva (N) se registrará si el paciente solicitó y fue atendido y valorado por consulta médica especializada a distancia por un área específica y/o especialidad determinada por una causa determinada, es de seguimiento (S) o repetida cuando la atención es por la misma causa **3.** Teleinterconsulta Respondida (TIC Respondida) se registrará si se generó o efectivizó la atención a distancia por un área y/o especialidad específica, solicitada por otro establecimiento de salud. **4. y 5.** Teleconsulta (TC) nueva (N) se registrará a todo paciente atendido por un médico, especialista o profesional de salud a distancia a través del uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación por una determinada causa. Es de seguimiento (S) o repetida cuando la atención es por la misma causa **6. al 11.** Telemetría (TM) se registrará a todo paciente atendido y beneficiado con el uso de los Teledispositivos correspondientes al Equipo de Telemedicina del Programa Nacional de Telesalud (ecógrafo, electrocardiógrafo, espirómetro, colposcopio, otoscopio, oftalmoscopio y monitor de signos vitales).

25. TELEEDUCACION: Registre según profesión y/o competencia de las personas a las cuales está dirigida la teleeducación y sexo (masculino o femenino) el **1.** Número participantes de telecapacitaciones y **2.** Número de participantes de telepromociones.

No olvidar anotar la fecha de envío del formulario a la red de servicios de salud, el nombre del responsable del llenado del formulario y la firma.