



## INSTRUCTIVO DEL INFORME DIARIO DE CONSULTA EXTERNA DE PEDIATRIA

### ENCABEZADO

**Nombre del Establecimiento:** En este espacio se debe llenar el nombre del hospital.

**Fecha:** Se refiere a la fecha en la que se llevó a cabo la atención, se usa una hoja de Informe diario por cada fecha y turno de atención del médico pediatra. Se debe seguir el siguiente orden: Día/Mes/Año.

**Médico: Registrar** Nombre, Apellido Paterno y Apellido Materno **del médico que realiza la atención.**

**Matrícula:** Registrar el número de matrícula profesional con la cuenta el médico.

**Titular:** Marcar (✓), cuando el médico cuente con un ítem o un contrato indefinido. Caso contrario dejara el espacio en blanco.

**Suplente:** Marcar (✓), cuando el médico que realiza la atención del día se encuentre remplazando al médico titular, en las siguientes situaciones: vacación, baja médica, contrato temporal, trabajo por convenio, riesgo compartido y/o toda aquella situación en la que el profesional médico no se encuentre como personal permanente de la institución.

**Firma y Sello del Médico:** En este espacio el profesional médico debe estampar su sello personal el cual debe estar visible el nombre y apellido del profesional, la especialidad que tiene y el número de matrícula profesional.

**Horario de Atención de: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_** : Acá se registrara en **HORAS Y MINUTOS** , cuando se inicia la consulta el médico y cuando concluyo dicha actividad.

**Número:** (Columna) Se refiere al **número secuencial de orden** asignado al paciente este indica el orden de llegada y de atención que recibió el paciente una vez que ingresa a consulta.

**Número de la Historia Clínica:** *(Columna 1)* Se refiere al **número** asignado en la Historia Clínica.

**Número de Aseguro:** (Columna 2) Registre el número de seguro con el que cuenta la paciente.

**Apellido Paterno Materno y Nombre:** (Columna 3) Registrar la identidad del paciente que acude a recibir la atención, en el siguiente orden: **Apellido paterno, Apellido Materno y Nombre(s)**

**Tipo de Paciente:** (Columna 4) En esta columna se debe de registrar el tipo de paciente que acude a la consulta, estos pueden ser: **Institucional**, se refiere al paciente que compra los servicios de la institución, y no se encuentra afiliado a ningún tipo de seguro. **SUMI**, se refiere al paciente que está asegurado al Seguro Universal Materno Infantil, y cuentan con un número de seguro. **SSPAM**, se refiere al paciente que está asegurado al Seguro de Salud Para el Adulto Mayor, cuentan con un número de seguro. **SOAT**, se refiere al paciente que sufrió algún accidente de tránsito y que por ley, el Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito, cubre según la atención medica correspondiente. **Otros**, se refiere a los diferentes seguros con los cuales la institución tenga algún tipo de convenio, cuya descripción será la siguiente:

- I: Institucional
- SU: SUMI
- SS: SSPAM
- SO: SOAT
- O: OTROS

**Edad y Sexo:** (Columna 5 y 6) Registrar con números la **edad cumplida**, Años y meses, en la columna (M) de masculino, si el paciente es varón, en la columna (F) femenino, si la paciente es mujer.

**Peso: (Columna 7)** Registrar el peso exacto en kilogramos, respetando la norma de la Unidad de Nutrición para la toma de medidas antropométricas.

**Talla:** (Columna 8) Registrar la talla exacta en centímetros, respetando la norma de la Unidad de Nutrición para la toma de medidas antropométricas.

**Control Nuevo** *(Columna 9)* Son los niños(as) que por primera vez son captados en el establecimiento de salud en la atención integral al niño(a) menor de 5 años, es decir a una observación y evaluación individual y sistemática del estado nutricional y desarrollo psicomotor.

**Control Repetido:** *(Columna 10)* Son los niños(as) que son sucesivamente evaluados en el grupo etéreo al que correspondan, dentro porque regresan al establecimiento de salud.

**Estado Nutricional según indicador Peso/Talla (P/T)** *(Columnas 11 - 15)* Se refiere al estado nutricional que presenta el niño(a) en el momento de su control, de acuerdo a su peso y talla, los que deberán ser comparados con la tabla de referencia de la OPS /OMS. La variable estado nutricional está clasificada en 5 categorías donde incluye género cuya descripción es la siguiente:

**OB:** Obesidad

**S:** Sobrepeso

**N:** Nutrición normal

**M:** Desnutrición moderada

**G:** Desnutrición grave

Se **tiqueará y encerrará en un círculo** al cambio nutricional que realice el niño menor de 5 años según la clasificación Peso/Talla, debiendo solo tiquear a la continuidad del estado nutricional que corresponda según la clasificación Peso/Talla.

Ejemplo: Niño menor de 2 años y 2 meses acude por primera vez a la consulta, según peso/talla clasificado con estado nutricional normal, esta clasificación **se tiqueará y encerrará con un círculo**, el mismo niño retorna al mes y continua con estado nutricional normal según peso/talla se registrara en el cuaderno con un tiqueo sin encerrar con el círculo, posteriormente el niño retorna en un mes y según peso/talla presenta estado nutricional moderado se tiqueará y encerrará con un círculo por ingresar a la clasificación nueva para el niño.

Se reportara en el formulario 302b de Vigilancia Epidemiológica la sumatoria de los casos nuevos, es decir los casos tiqueados y encerrados con un círculo acorde a la clasificación nutricional y grupo etareo.

**Estado Nutricional según indicador Talla/Edad (T/E)** *(Columnas16 y 17)* Esta variable se refiere al crecimiento lineal del niño(a), se consideran los datos de talla y edad, los que son comparados con la tabla de referencia de la OPS/OMS. Este indicador clasifica el estado nutricional del niño en 2 categorías, cuya descripción es la siguiente:

**TN:** Talla normal

**TB:** Talla baja

Se **tiqueará y encerrará en un círculo** al cambio nutricional que realice el niño menor de 5 años según la clasificación Talla/Edad, debiendo solo tiquear a la continuidad del estado nutricional que corresponda según la clasificación Talla/Edad.

**Suplementación - Micronutrientes:**

**Hierro (Dosis Completa de hierro:** (Columnas 18 -21) Tiquee (✓) en la **columna 18** si durante el control, el niño(a) menor de 1 año (a partir de 6 meses cumplidos hasta los 11 meses y 29 días), recibe **los 60 sobres de chispitas nutricionales** (Un sobre diario por 60 días seguidos).

Tiquee (✓) en la **columna 19** si durante el control, el niño(a) de 1 año (de 12 a 23 meses y 29 días), recibe **los 60 sobres de chispitas nutricionales** (Un sobre diario por 60 días seguidos).

Tiquee (✓) en la **columna 20** si durante el control, el niño(a) de 2 años cumplidos (2 años 11 meses y 29 días), **recibe 3 frascos de jarabe de hierro.**

Tiquee (✓) en la **columna 21** si durante el control, el niño (a) de 3 años cumplidos a 4 años 11 meses y 29 días, **recibe 4 frascos de jarabe de hierro cada año de vida.**

**Dosis de Vitamina “A”** *(Columnas 22 –26)* Tiquee (✓) en la **columna 22 (Dosis única) si durante el control, el niño(a) de 6 meses cumplidos a 11 meses y 29 días, recibió la dosis única de Vitamina “A” (una perla azul de 100.000 U.I. o la mitad de una perla roja de 200.000 U.I., es decir 3 gotas).**

Tiquee (✓) en la que corresponda (**23 ó 24**), si durante el control, el niño o la niña, que tiene **1 año** (de 12 a 23 meses), recibe la primera o segunda dosis de Vitamina “A” (una perla roja de 200.000 U.I. cada 6 meses).

Tiquee (✓) en la que corresponda (**25 ó 26**), si durante el control, el niño o la niña, que tiene **2 años** cumplidos a 4 años, 11 meses y 29 días, recibe la primera o segunda dosis de Vitamina “A” (una perla roja de 200.000 U.I. cada 6 meses). La entrega de vitamina A se realizará cada 6 meses, es decir, dos dosis al año (año vida).

**Dosis Completa de Zinc (Talla Baja)** *(Columnas 27 –28)* Tiquee (✓) en la **columna 27** si durante el control, el niño (a) menor de 1 año (desde los 6 meses a 11 meses y 29 días), **recibe la dosis completa de Zinc (45 tabletas o 3 frascos de Zinc).**

Tiquee (✓) en la **columna 28** si durante el control, el niño (a) de 1 año (desde los 12 meses a los 23 meses y 29 días), **recibe la dosis completa de Zinc (45 tabletas o 3 frascos de Zinc).** La entrega de la dosis completa de Zinc deberá realizarse solo a los niños que tengan Talla Baja.

**Alimento complementario** *(Columnas 29 - 30)* Tiquee (✓) en la **columna 29** si el niño(a) menor de 1 año (desde los 6 meses hasta los 11 meses y 29 días), que asiste a su control, recibe el alimento complementario o el cupón para su canje (2 bolsas cada mes).

Tiquee (✓) en la **columna 30** si el niño(a) de 1 año (12 a 23 meses) que asiste a su control, recibe el alimento complementario o el cupón para su canje (2 bolsas cada mes), Nutribebe, Dino bebe, Chiti feliz, Wawa Mankaña, Kallpawawa, Bebe Churo y Sanito, Bebe Peladingo Sano de acuerdo al departamento que corresponda.

**Dosis de Mebendazol** *(Columnas 31 y 32)* Tiquee (✓) en la **columna** que corresponda, si durante el control, el niño o la niña, que tiene **1 año cumplido a 4 años, 11 meses y 29 días, recibe la primera o segunda dosis de Mebendazol.**

**Consejería:**

**Consejería en Lactancia Materna** *(Columna 33)* Tiquee (✓) en la **columna** , si se realizó la orientación a la madre o apoderado del niño(a) menor de 2 años, sobre lactancia materna inmediata, exclusiva y prolongada.

**Lactancia Materna Exclusiva** *(Columna 34)*Se registrara al niño que haya cumplido sus 6 meses de vida.

En la **columna 34** se tiquea, si el niño cumplió con lactancia materna en los primeros 6 meses de vida, debe hacerse la consulta una solo vez e cada niño(a).

**Consejería en Alimentación Complementaria** *(Columna 35)* Tiquee (✓) en la **columna 35**, si se realizó la orientación a la madre o apoderado del niño(a) menor de 2 años, sobre alimentación complementaria adecuada, según la norma.

**Consulta: Consulta Nueva** *(Columna 36)* Es aquella por la cual, la paciente consulta, por primera vez por una causa determinada.

**Consulta Repetida** *(Columnas 37)* Se considera **consulta repetida**, cuando la paciente asiste a la consulta por una causa por la que ya fue atendida anteriormente. Si en esa misma oportunidad la paciente consulta simultáneamente por una nueva causa, ésta última es considerada como **consulta Nueva** y debe ser registrada además en una nueva fila como **consulta Nueva**.

**Interconsulta:** (Columna 38) Tiquee (✓) si el resultado del examen es positivo

**Diagnóstico(s):** *(Columna 39)* Se refiere a los diagnósticos primero y segundo identificados en la Historia Clínica.

En los casos de Violencia identificar la Causa Externa Ej: Politraumatismo por Violencia en la Familia y/o Hecho de Tránsito.

En esta columna se debe escribir únicamente el o los diagnósticos utilizando para ello la misma casilla.

**SI EL DIAGNÓSTICO CORRESPONDE A UNA ENFERMEDAD OBJETO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, INMEDIATAMENTE SE DEBE PROCEDER A LA COMUNICACIÓN AL NIVEL SUPERIOR Y AL LLENADO DEL FORMULARIO SNIS-VE 302a.**

**CIE-10:** (Columna 40) Registrar el código CIE-10 que corresponda según el diagnóstico. No debe ser llenado por el médico, debe ser codificado por el personal de estadística.

**Tratamiento:** *(Columna 41)* Se refiere al fármaco o placebo a utilizarse para atenuar la enfermedad.

**Referencia de:** (Columna 42) Registre el nombre del establecimiento que refiere al paciente, verifique boleta de referencia y Contra referencia. Se entiende por el registro de pacientes referidos de otros establecimientos de menor complejidad resolutive que son recibidos por el establecimiento para su atención. Ej. Paciente con Pancreatitis Aguda.

**Contra referencia:** (Columna 43) Registre el nombre del establecimiento al cual se envía el paciente, elabore boleta de referencia y contrareferencia. Se entiende por el registro de pacientes inicialmente referidos del establecimiento a otros establecimientos de mayor complejidad que regresan para la continuación de su atención o tratamiento.