



MANUAL DE USUARIO:  
**MÓDULO**  
**ATENCIÓN**  
**PRENATAL**

2024



PERÚ

Ministerio  
de Salud

## RESUMEN

El Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica del Ministerio de Salud para el Primer Nivel de Atención, en adelante, SIHCE Primer Nivel – MINSA, es una herramienta informática asistencial y administrativa que ha sido desarrollada por el Ministerio de Salud para los diferentes niveles de atención por Establecimientos Salud de Primer Nivel de Atención, compuesto por módulos administrativos y asistenciales.

La implementación del SIHCE Primer Nivel - MINSA, traerá como consecuencia la eliminación de las Hojas HIS físicas, ya que cada componente creado interoperará con la aplicación HISMINSA, alimentando esta Base de Datos, permitiendo de esta manera realizar las estadísticas necesarias para la definición de las políticas públicas necesarias para el Sector Salud.

Asimismo, el SIHCE Primer Nivel - MINSA, permitirá que la evaluación del paciente sea óptima, rápida y acertada emitiendo un diagnóstico adecuado luego de realizar un acto médico al usarse mecanismos de interoperabilidad con SIS, RENIEC, CNV, HISMINSA, enfocándose el profesional de la salud de forma prioritaria a la atención del paciente, reduciendo los tiempos de espera y trabajo administrativo.

Por otro lado, la maduración del SIHCE Primer Nivel - MINSA, como la implementación de la firma digital, siendo este un requisito para ser considerado con un Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica – SIHCE, según la definición indicada en el Reglamento de la Ley N° 30024.



## INDICE

<i>DEFINICIONES</i>	<u>6</u>
<i>SECCION I</i>	<u>7</u>
<i>1. INGRESO AL MODULO WAWARED</i>	<u>7</u>
<i>PANTALLA DE INICIO</i>	<u>7</u>
<i>SELECCIÓN DE ESTABLECIMIENTO</i>	<u>7</u>
<i>DESCRIPCION DE PANTALLA PRINCIPAL</i>	<u>8</u>
<i>SECCION II</i>	<u>10</u>
<i>BUSQUEDA Y REGISTRO DE LA GESTANTE NUEVA</i>	<u>10</u>
<i>BÚSQUEDA DE GESTANTE</i>	<u>10</u>
<i>REGISTRO DE DATOS DE AFILIACION DE LA GESTANTE</i>	<u>11</u>
<i>REGISTRO DE ANTECEDENTES</i>	<u>13</u>
A. <i>ANTECEDENTES FAMILIARES</i>	<u>13</u>
B. <i>ANTECEDENTES MÉDICOS</i>	<u>14</u>
C. <i>EMBARAZOS PREVIOS</i>	<u>15</u>
D. <i>RESUMEN</i>	<u>16</u>
E. <i>DATOS GINECOLOGICOS</i>	<u>16</u>
F. <i>VACUNAS</i>	<u>17</u>
<i>REGISTRO DE EMBARAZO ACTUAL:</i>	<u>18</u>
A. <i>DATOS GENERALES</i>	<u>18</u>
B. <i>VIOLENCIA/GENERO</i>	<u>19</u>
C. <i>HOSPITALIZACION</i>	<u>19</u>
D. <i>EMERGENCIA</i>	<u>19</u>
E. <i>AGREGAR ECOGRAFIA AL EMBARAZO ACTUAL</i>	<u>20</u>
<i>.SECCION III</i>	<u>21</u>
<i>REGISTRO DE ATENCIÓN PRENATAL</i>	<u>16</u>
<i>ATENCIONES</i>	<u>16</u>
A. <i><u>NUEVA ATENCION</u></i>	<u>21</u>
B. <i>SÍNTOMAS</i>	<u>27</u>
C. <i>EXAMEN FÍSICO:</i>	<u>27</u>
D. <i>LABORATORIO:</i>	<u>29</u>
E. <i>DIAGNÓSTICO:</i>	<u>31</u>
<i>CUADRO DE RESUMEN DE ATENCIONES PRENATALES</i>	<u>33</u>



<b>SECCION IV</b>	<b>35</b>
<b>REPORTES</b>	<b>35</b>
A. <b>REPORTES PARA LA GESTANTE</b>	<b>35</b>
B. <b>REPORTES PARA EL ESTABLECIMIENTO</b>	<b>37</b>
<b>CALENDARIO DE CITAS</b>	<b>37</b>
<b>ENVIO DE INFORMACIÓN AL HISMINSA</b>	<b>38</b>
<b>Identificación de los diagnósticos en el registro del control</b>	<b>42</b>
<b>Identificación de los diagnósticos en el registro de información del laboratorio</b>	<b>42</b>
<b>ATENCIÓN MATERNO PERINATAL</b>	<b>43</b>
<b>ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES</b>	<b>43</b>



# PRESENTACIÓN

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) han logrado disminuir la brecha digital, a través de productos al alcance de la población, es así que en tiempos actuales se viene introduciendo las TICs en el trabajo diario de los profesionales de la salud, como registros electrónicos, uso de sistemas de información, bases de datos entre otros.

“Wawared: Conectándose para una mejor salud Materna-Infantil en el Perú” utiliza las tecnologías para mejorar la salud materna, mediante la implementación de una Historia Clínica Electrónica (HCE) para la atención prenatal, un sistema de envío de mensajes de texto a mujeres embarazadas con información importante para su gestación y una central de Respuesta de Voz Interactiva con información de signos de alarma durante el embarazo.

Consiste en la implementación de una Historia Clínica Electrónica (HCE) para la atención prenatal que está relacionado con el envío de mensajes de texto (SMS) a las mujeres embarazadas.

Desarrollamos esta guía de usuario para el ingreso y uso de la HCE de Wawared, y así poder agilizar y aprovechar al máximo las distintas utilidades y herramientas que brinda el sistema de manera clara y sencilla, explicando paso a paso su correcto uso.



## DEFINICIONES

---

*Las siguientes son definiciones de términos, abreviaturas y acrónimos utilizados en este documento.*

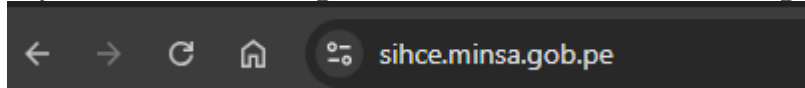
Término	Definición
HCE	Historia clínica electrónica
FUM	Fecha última de menstruación
EG	Edad gestacional
FPP	Fecha probable de parto
Eco	Ecografía
IMC	Índice de masa corporal
DNI	Documento de identidad nacional
MAC	Método anticonceptivo
FCF	Frecuencia Cardíaca fetal
IVA	Inspección visual con ácido acético



## SECCION I

### 1. INGRESO AL MODULO WAWARED

Wawared permite un sencillo ingreso al sistema, usted debe ir a la siguiente dirección:



#### 1.1. PANTALLA DE INICIO

La pantalla de inicio, es la ventana donde ingresará su usuario y contraseña, esta ventana cuenta con los siguientes campos que deben ser completados:

Ministerio de Salud  
SIHCE DEL MINSA

Ingrese su usuario y contraseña para acceder al sistema

Usuario

Contraseña

Ingresar

- A. **Usuario:** Sera el DNI del usuario
- B. **Contraseña:** Sera el DNI: El usuario tiene la opción de cambiar su contraseña.
- C. **Ingresar:** Ingresado el usuario y contraseña pulse el botón para continuar con el ingreso al sistema.

#### 1.2. SELECCIÓN DE ESTABLECIMIENTO

Ingresado los datos de usuario y contraseña, deberá elegir el establecimiento donde usted realiza la atención u observa la información. Para esto siga los siguientes pasos:

- A. **Barra de Selección:** Le permite elegir el establecimiento.
- B. **Selección de sub módulo:** Wawared comprende en los siguientes sub módulos (Puerperio, Partos y Atención Prenatal)



Iniciar sesión

Bienvenido [Redacted]

Seleccione:

Establecimiento:  
6000 - C.S. SAN GENARO DE VILLA - LIMA SUR

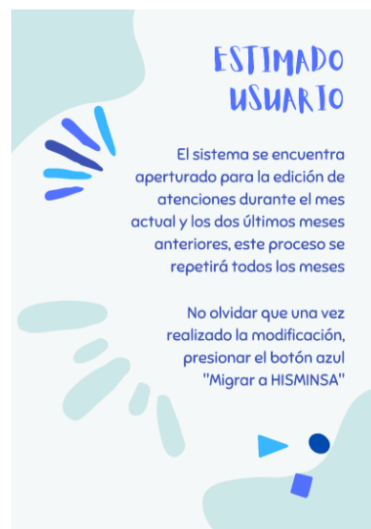
Elige el módulo:  
Atención Pre-Natal

Establecimiento de Acceso

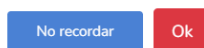
Módulo de Acceso

### 1.3. DESCRIPCION DE PANTALLA PRINCIPAL

Al Ingresar a Atención Pre- Natal nos mostrara una alerta para recordar que solo se tiene 15 días para realizar alguna modificación de atención prenatal, y no se debe olvidar guardar el registro y volver a enviar la migración al HIS, donde se puede seleccionar una de las 2 opciones **No recordar** u **ok**



Comunicado



1. **ACCESO:** Muestra los datos del usuario, también tiene la opción de cambiar su contraseña y/o salir del sistema.
2. **INICIO:** Botón que permite ir a la pantalla principal de la HCE.





3. **BUSCAR GESTANTE:** Botón que le permite ir a la pantalla para buscar gestantes registradas en el sistema.
4. **CALENDARIO DE CITAS:** Botón que le permite visualizar el calendario con las citas programadas.
5. **REPORTES:** Pulsando el botón, dirige a la pantalla de reportes indicadores Materno, Otros reportes, Reporte histórico.
6. **REPORTE DE CITAS:** Pantalla donde se observa las citas programadas diariamente.
7. **REPORTE DE CITAS EN RIESGO:** Pantalla donde se observa las citas de gestantes que no acuden a su Atención y tienen un retraso de una semana

The screenshot shows the 'Módulo de Control Pre-Natal' interface. At the top right, there is a dropdown menu for the location, currently set to '6000 - C.S. SAN GENARO DE VILLA - LIMA SUR'. On the left side, there is a navigation menu with the following items: 'Inicio' (highlighted in green), 'Buscar', 'Calendario', and 'Reportes'. The main content area is divided into two sections. The first section is titled 'Reporte de citas' and contains a table with the following data:

# HC	DNI	Nombre	# de Atenciones	Fecha y Hora	Opciones
131814	[REDACTED]	[REDACTED]	4	7 de Julio de 2022 a las 09:00	Ver historia Atención
22433	[REDACTED]	[REDACTED]	4	7 de Julio de 2022 a las 09:30	Ver historia Atención

The second section is titled 'Reporte de citas en riesgo: No acudieron' and contains a table with the following data:

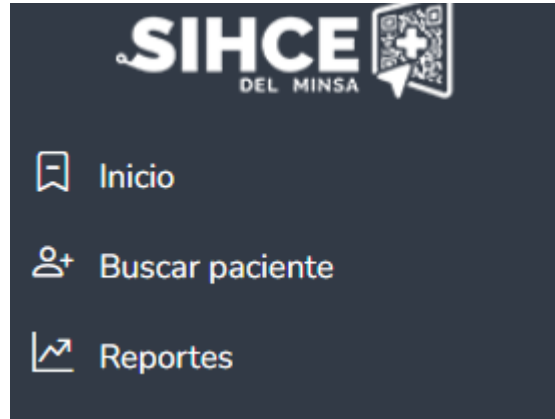
# HC	DNI	Nombre	# de Atenciones	Fecha y Hora	Opciones
[REDACTED]	[REDACTED]	DE ALBURQUEQUE	3	29 de Junio de 2022 a las 11:00	Ver historia Atención
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	3	6 de Julio de 2022 a las 11:30	Ver historia Atención



## SECCION II

### 2. BUSQUEDA Y REGISTRO DE LA GESTANTE NUEVA

#### BÚSQUEDA DE GESTANTE



Para ingresar la información de una **nueva gestante** en el sistema, debemos de pulsar en el icono de **Buscar**

Aparece la nueva ventana que el tipo de búsqueda será por DNI, Apellidos y/o nombre y otros documentos (Nº pasaporte, carnet extranjería, entre otros).

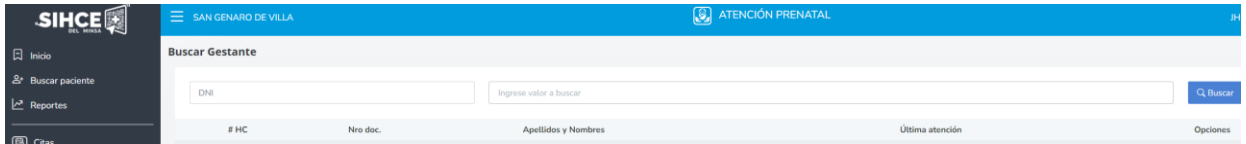
#### Caso 1:

**Paciente nueva con DNI:** Al escribir el DNI, el módulo esta interconectado con RENIEC, aparece el nombre de la gestante y hacer clic botón **AFILIAR**

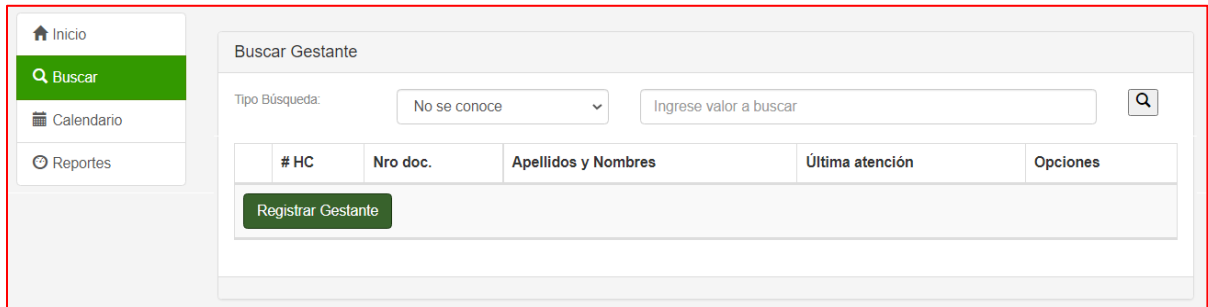
# HC	Nro doc.	Apellidos y Nombres	Última atención	Opciones
NE	(DNI)			Afiliar

#### Caso 2:

**Paciente Nueva indocumentada o extranjero:** Cambiar la opción de DNI por las siguientes opciones: carnet de extranjería, DI del extranjero, Apellidos y nombres así mismo el pasaporte. Y digitar el número del documento que cuente para la búsqueda si esta previamente registrada. Al buscar el nombre o el número del documento, en forma automática aparece el botón **REGISTRAR GESTANTE**

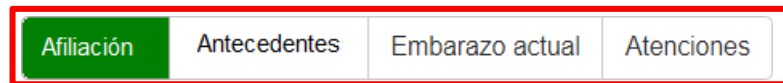


Al buscar el nombre o el número del documento, en forma automática aparece el botón **REGISTRAR GESTANTE**



### REGISTRO DE DATOS DE AFILIACION DE LA GESTANTE

Se accede a los datos de la gestante, estará precargado con los datos de RENIEC (nombres y apellidos completos, fecha de nacimiento, edad, tipo de documento, N° DNI). Podemos registrar los años de estudio, años aprobado y ocupación (cuentan con asterisco en cada campo siendo obligatorio).



Datos personales		(DNI : 70248389)	
Tipo documento	DNI	* HC	
* Número documento		Transfusión sanguínea	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No
* Nombres		DNI del responsable	
* Apellido Paterno		Nombre del responsable	
Apellido Materno		Tipo de parentesco	No aplica
* Fecha de nacimiento	17 May 199	* Estudio	
Edad	30	* Años aprobados	--Seleccione--
* Estado Civil	Soltera	* Ocupación	
* Etnia	MESTIZO		



Se debe actualizar la dirección reciente, categorización área en donde reside la gestante y otros datos (teléfono, celular y correo electrónico, que son datos opcionales).

Se debe dar consentimiento en recibir los mensajes de texto durante el embarazo. Al terminar de llenar, clic en botón **GUARDAR**

### Lugar de residencia

* País residencia	Perú	* Categorización	-----
* Departamento residencia	Pasco	Sector	
* Provincia residencia	Pasco	Teléfono de casa	
* Distrito residencia	Chaupimarca	Celular 1	
* Dirección	CA. LA ESPERANZA S/N INT.9 PP.JJ TI	Celular 2	
		Correo electrónico	

### Lugar de nacimiento

País	Departamento	Provincia
Perú	Lima	Lima

### Tipos de seguro

Tipo de seguro	SIS	Estado	ACTIVO	Contrato	2-70248389
----------------	-----	--------	--------	----------	------------

### Wawared

Recibir sms	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No	Celular Wawared		Compañía Celular	Movistar
-------------	--	-----------------	--	------------------	----------

[Ver texto de consentimiento](#)

Para el registro de gestantes indocumentadas o extranjeras, va visualizarse el formulario de registro de datos de afiliación en blanco, se debe llenar todos los campos que cuentan con (\*) asterisco, son datos obligatorios y los demás son datos no obligatorios.

**NOTA:** En caso de pacientes indocumentadas, debe seleccionar la opción Indocumentada, quedara bloqueada el campo N° documento, pero es obligatorio se registre en DNI responsable su DNI.





## REGISTRO DE ANTECEDENTES

En esta sección se registra la información acerca de los antecedentes: (A) Familiares, (B) Médicos, (C) Embarazos previos, (D) Resumen, (E) Datos Ginecológicos y (F) Vacunas.

Afiliación	<b>Antecedentes</b>	Embarazo actual	Atenciones
------------	---------------------	-----------------	------------

Antecedentes familiares <b>A</b>				Modificar
CIE Código	CIE Nombre	Relaciones de parentesco	Observación	
T784	Alergia No Especificada	Padre, Madre		
I10X	Hipertension Esencial (Primaria)	Madre		

Antecedentes médicos - personales <b>B</b>			Modificar
CIE Código	CIE Nombre	Observación	
E149	Diabetes Mellitus, No Especificada, Sin Mencion De Complicacion	hace 3 años	
G409	Epilepsia, Tipo No Especificado	hace 10 años	

### A. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Pulse el botón verde *Modificar Antecedentes Familiares*, se abre la ventana con las opciones.

1. **Barra de CIE-10:** ingrese el nombre o código del CIE-10, seleccione el diagnóstico, aparecerá en la parte inferior, continúe con los pasos anteriores.
2. **Niega:** Marque la casilla si la gestante no menciona algún antecedente.
3. **Diagnósticos frecuentes:** Marque la casilla del diagnóstico, puede elegir más de uno.
4. **Relación de parentesco:** Seleccione el grado de parentesco, puede elegir más de uno.
5. **Observación:** Digite información adicional que usted crea necesaria. NO es obligatorio.
6. **Regresar a los antecedentes:** Permite retornar a la sección antecedente. NO guarda los cambios.
7. **Guardar:** Terminado el registro pulse este botón que guardará la información.



Affiliación Antecedentes Embarazos previos Atenciones

Buscar CIE

Ingrese el nombre o código del cie

Niega  
Cuando se selecciona niega no se podrá agregar nuevos antecedentes y los que ya estén agregados se borrarán

<input type="checkbox"/>	Código	Nombre	Relación de parentesco	Observación	Eliminar
<input type="checkbox"/>	T784	Alergia No Especificada			
<input type="checkbox"/>	O309	Embarazo Multiple, No Especificado			
<input type="checkbox"/>	A150	Tbc Pulmonar Bk (+)			
<input type="checkbox"/>	A169	Tbc Respiratoria No Especificada / Tbc Pulmonar Sin Baciloscopia			
<input type="checkbox"/>	O16X	Hipertension Arterial, No Especificada			

Regresar a los antecedentes

Guardar

## B. ANTECEDENTES MÉDICOS:

Para ingresar datos en esta sección debe pulsar el botón verde *Modificar Antecedentes Médicos*, seguidamente se abre la ventana con las opciones.

1. **Barra de CIE-10:** ingrese el nombre o código del CIE-10, seleccione el diagnóstico, aparecerá en la parte inferior, continúe con los pasos anteriores.
2. **Niega:** Marque la casilla si la gestante no menciona algún antecedente médico.
3. **Diagnósticos frecuentes:** Marque la casilla si la gestante reporta un diagnóstico que se encuentra en la lista.
4. **Observación:** Digite información adicional que usted crea necesaria. NO es obligatorio.
5. **Regresar a los antecedentes:** Permite retornar a la sección antecedente. NO guarda los cambios.
6. **Guardar:** Terminado el registro pulse este botón que guardará la información

Buscar CIE

Ingrese el nombre o código del cie

Niega

<input type="checkbox"/>	Código	Nombre	Observación	Eliminar
<input checked="" type="checkbox"/>	Z888	Historia Personal De Alergia A Otras Drogas, Medicamentos Y Sustancias Biologicas	ALPRAZOLAM (RECUPERO)	Eliminar
<input checked="" type="checkbox"/>	Z865	Historia Personal De Otros Trastornos Mentales O Del Comportamiento	DEPRESION,ANSIEDAD	Eliminar
<input type="checkbox"/>	A153	Tbc Pulmonar, Confirmada Por Medios No Especificados		
<input type="checkbox"/>	O601	Trabajo De Parto Prematuro Espontaneo Con Parto Prematuro		
<input type="checkbox"/>	O639	Trabajo De Parto Prolongado, No Especificado		
<input type="checkbox"/>	O16X	Hipertension Arterial, No Especificada		

Regresar a los antecedentes

Guardar



### C. EMBARAZOS PREVIOS:

Embarazos previos									
#	Fecha	Datos	Aborto	Vive	Peso	Sexo	EG	Otros datos	Opciones
1	01/05/2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipo gestación:</b> Unico</li> <li>• <b>Terminación:</b> Aborto</li> <li>• <b>Lugar:</b> Hospitalario</li> </ul>	No aplica	No			4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Muerte:</b> No aplica</li> <li>• <b>Lactancia:</b> No aplica</li> <li>• <b>Observación:</b></li> </ul>	<a href="#">+ Agregar</a> <a href="#">Editar</a> <a href="#">Eliminar</a>
2	01/03/2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tipo gestación:</b> Unico</li> <li>• <b>Terminación:</b> Aborto</li> <li>• <b>Lugar:</b> Otros</li> </ul>	Completo	No			2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Muerte:</b> No aplica</li> <li>• <b>Lactancia:</b> No aplica</li> <li>• <b>Observación:</b></li> </ul>	<a href="#">Editar</a> <a href="#">Eliminar</a>

Debe pulsar el botón verde Agregar Datos Embarazos Previos, seguidamente se abre la ventana con las opciones:

1. **Tipo:** Seleccione si el embarazo fue Único o Múltiple. \* Si es múltiple aparece un ícono Más (+) donde tendrá que pulsar el número de veces que fue ese embarazo.  
\* Múltiple: Cargará una o más ventanas, ingrese los datos por feto.
2. **Terminación:** Se activan y desactivan diferentes opciones para un ingreso fácil de datos, los tipos de son: Parto Vaginal, Cesárea, Aborto, Aborto molar, Óbito, Ectópico.
3. **Aborto:** La opción será activará siempre y cuando se elija en Terminación: Aborto o Aborto Molar. Esta opción presenta los diferentes tipos de Aborto elija uno de ellos (Completo, Incompleto, Séptico y Frustrado retenido).
4. **Edad gestacional:** Ingrese la edad gestacional del embarazo, estas son en semanas de gestación.
5. **Lugar:** Seleccione el lugar del parto, estos pueden ser Hospitalario o Domiciliario.
6. **Fecha:** Seleccione el día, el mes y el año del parto.
7. **Vive:** Seleccione si el feto vive o no después del parto. Esta opción se activa o desactiva dependiendo del tipo de Terminación.
8. **Muerte:** Si en tipo de Terminación selecciona Óbito esta opción muestra que el feto Nació muerto, en todas las demás opciones de Terminación se muestra como No Aplica. Esta opción NO es elegible.
9. **Peso:** Digite el peso en gramos del feto. Esta opción se activa o desactiva dependiendo del tipo de Terminación.
10. **Sexo:** Seleccione el sexo del feto. Esta opción se activa o desactiva dependiendo del tipo de Terminación.
11. **Lactancia:** Seleccione una de las opciones según la información que brinde la gestante o según el criterio del profesional.
12. **Observación:** Digite información adicional que usted crea necesaria. NO es obligatorio.
13. **Cancelar:** Permite regresar a la página de Antecedentes, NO guarda la información ingresada.
14. **Guardar:** Permite guardar la información ingresada.
  - Guardar y agregar embarazo previo: Guarda lo que digito y aparece una nueva tabla para continuar registrando otro embarazo.



Datos del embarazo previos

Tipo **1** Unico +

\* Terminación **2** Parto Vaginal **6** Fecha 1 Ene 2021 \* Sexo **9**

\* Aborto **3** No aplica **7** Vive Si **10** \* Lactancia No aplica

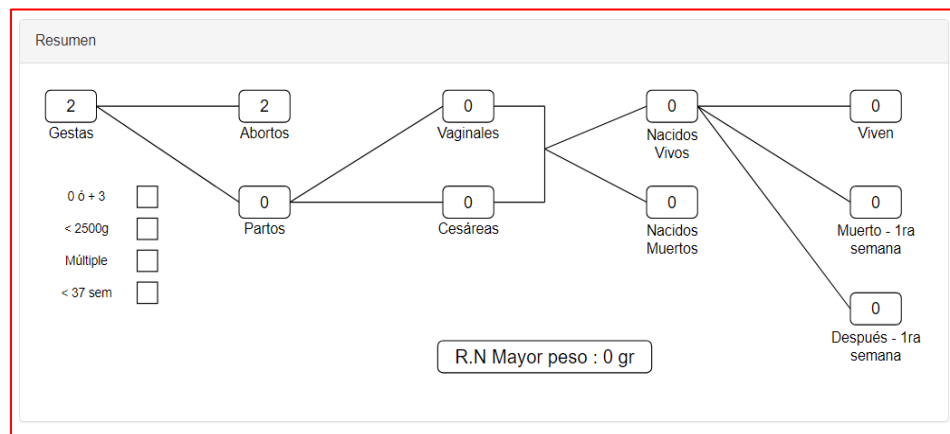
\* Edad gestacional **4** \* Muerte No aplica **8** Observacion **11**

\* Lugar **5** Hospitalario **9** Peso 0 g

Cancelar **13** **14** Guardar Guardar y Agregar Embarazo Previo

#### D. RESUMEN:

Terminado de ingresar los antecedentes de Embarazos previos, se podrá apreciar el gráfico de Resumen a través de un diagrama, donde aparece automáticamente el número de gestaciones de la paciente. Como también el peso mayor del recién nacido.



#### E. DATOS GINECOLÓGICOS:

- Menarquía Edad:** Registre la edad de la primera menstruación.
- Andria:** Registre el número de parejas sexuales que mencione la gestante.
- Edad primera relación sexual:** Registre la edad de la primera relación sexual.
- Régimen Catamenial:** Si la gestante NO tiene un Régimen Regular (Irregular) desmarque la casilla y continúe con los datos siguientes. Pero si presenta un Régimen Regular debe ingresar la Duración del Ciclo Menstrual (en días) y el Ciclo de Menstruación (en días).
- Último PAP:** En este campo registre la información del último Papanicolaou (PAP) de la gestante, si no lo tuvo marque la opción NO y continúe, caso contrario marque la opción SI, y de inmediato deberá registrar la siguiente información:
  - Fecha última Papanicolaou:** Registre la fecha del último PAP que consigna la gestante.
  - Resultado de Papanicolaou:** Seleccione el resultado del último PAP, elegir entre





Normal o Anormal. Si el resultado es Anormal podrá registrar las Observaciones que usted crea necesario.

- **Lugar Papanicolaou:** Registre el lugar donde se realizó el último PAP.
6. **Último Método anticonceptivo utilizado:** Seleccione el último método utilizado por la gestante, puede elegir más de una opción. También registre si el embarazo actual utilizó algún método anticonceptivo, para ello marque elija una de las opciones en Embarazo usando MAC.

Datos ginecológicos

\* Menarquia edad  **1**      \* Andría  **2**      \* Edad primera relacion sexual  **3**

Régimen catameneal **4**

Regimen Regular:      \* Duración de la menstruación (días)       \* Ciclo menstrual (c/días)

Ultimo PAP **5**

Tiene Papanicolaou  Sí  No      Fecha ultimo papanicolaou         Resultado Papanicolaou

Lugar Papanicolaou

Último metodo anticonceptivo utilizado **6**

Ninguno	Condón	Ovulos	DIU	Inyectable 1 mes	Inyectable 3 meses	Pastilla	Implante	Abstinencia periódica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Embarazo usando MAC?:  SI  NO      ¿Tomo ácido fólico antes del embarazo?:  SI  NO

## F. VACUNAS:

Vacunas previas: Marque la opción según carnet de vacunación de la gestante

Vacunas Aplicadas

Rubeola	Hepatitis B	Papiloma	H1N1	Influenza	DTPa	Covid
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cancelar

**REGISTRO DE EMBARAZO ACTUAL:**

Afiliación	Antecedentes	<b>Embarazo actual</b>	Atenciones
------------	--------------	------------------------	------------

**A. DATOS GENERALES:**

1. Fecha de Última Menstruación - FUM: Registre la fecha de la última menstruación. Dato no obligatorio
2. ¿FUM es confiable?: Seleccione si la fecha de FUM es confiable.
3. ¿Captada?: Seleccione si la gestante fue captada por algún promotor o profesional de salud para acudir a sus Atenciones prenatales.
4. Referida: Seleccione si la gestante viene de otros establecimientos de salud.
5. Talla: Registre la talla, en centímetros.
6. Peso habitual antes del embarazo: Registre el peso que usual de la gestante antes desu embarazo.
7. IMC pre gestacional: Muestra el resultado del índice de masa corporal, campo generado automáticamente.
8. Edad gestacional actual por FUM: El campo muestra las Semanas y días de Gestaciónpor FUM. El campo es calculado automáticamente.
9. Fecha Probable de parto por FUM: El campo muestra la Fecha Probable del Parto por FUM. El campo es calculado automáticamente.
10. Apellidos Paternos, Maternos y nombre del Padre: Digite el(los) apellidos Paternos, maternos y nombre del padre del bebé. Dato no obligatorio.

Datos generales del Embarazo Actual				
FUM	<input type="text" value="28/03/2022"/>	<input type="text" value="143.0"/>	cm	
¿FUM es confiable?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	* Peso habitual antes del embarazo	<input type="text" value="52.6"/>	kg
¿Captada?	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	* IMC pregestacional	<input type="text" value="25.72"/>	Sobrepeso
Referida	<input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	Edad gestacional actual FUM	<input type="text" value="14 3/7"/>	
		Fecha probable de parto FUM	<input type="text" value="02/01/2023"/>	
Datos generales del padre				
Documento	Nro documento	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres
<input type="text" value="DNI"/>	<input type="text" value="Número"/>	<input type="text" value="Ingrese apellido pater"/>	<input type="text" value="Ingrese apellido mater"/>	<input type="text" value="Ingrese nombre"/>



### B. VIOLENCIA / GENERO:

Preguntas: Realice las tres preguntas que se muestran, si la respuesta es afirmativa se desplegará el campo ¿Quién?, donde puede registrar el parentesco o nombres del agresor. También se desplegará la ficha de tamizaje con los tipos de violencia: Físico y Psicológico.

- a) Físico: Marque las casillas que crea conveniente según su criterio profesional.
- b) Psicológico: Marque las casillas que crea conveniente según su criterio profesional.

Usa Drogas: Se realiza la pregunta sobre el uso de drogas, luego se hace el registro de la respuesta.

Preguntas para relacionar el motivo de consulta con un posible maltrato

En general ¿Cómo describiría su relación de pareja?	<input type="radio"/> Estresante <input checked="" type="radio"/> Poco Estresante <input type="radio"/> Nada Estresante
Usted y su pareja resuelven las discusiones con:	<input type="radio"/> Mucha Dificultad <input type="radio"/> Algo Dificultad <input checked="" type="radio"/> Sin Dificultad
Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal con usted misma?	<input type="radio"/> Muchas Veces <input checked="" type="radio"/> A Veces <input type="radio"/> Nunca
Las discusiones ¿terminan en golpes, patadas o empujones?	<input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A Veces <input checked="" type="radio"/> Nunca
¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja?	<input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A Veces <input checked="" type="radio"/> Nunca
Su pareja ¿controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso?	<input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A Veces <input checked="" type="radio"/> Nunca
Su pareja ¿la insulta, grita, humilla o descalifica verbalmente?	<input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A Veces <input checked="" type="radio"/> Nunca
¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?	<input type="radio"/> Muchas Veces <input type="radio"/> A Veces <input checked="" type="radio"/> Nunca

Puntaje Total

Usa drogas  Sí  No  \* Numero de cigarros  Cigarros/día

### C. HOSPITALIZACIÓN:

- 1. Registro: Seleccione si la gestante fue Hospitalizada en algún momento durante su embarazo.
- 2. Fecha: Registre la fecha de hospitalización.
- 3.

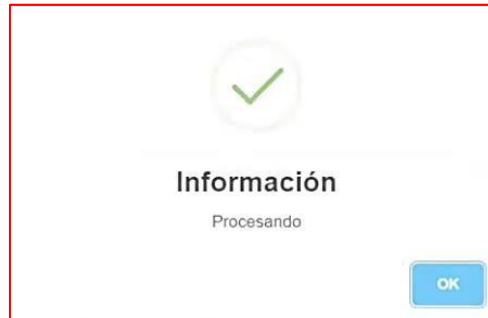
Hospitalización diagnósticos: Registre el o los diagnósticos(s) de la hospitalización. Puede elegir uno o más diagnósticos. Ingrese en la barra de CIE-10 el código o nombre del diagnóstico para su elección.

Hospitalización

Hospitalización  Sí  No Fecha   Ingrese el nombre o código del cie

### D. EMERGENCIA:

- 1. **Registro:** Seleccione si la gestante fue atendida por Emergencia en algún momento durante su embarazo.
- 2. **Fecha:** Registre la fecha que ingresó por Emergencia.
- 3. **Emergencias diagnósticas:** Registre el o los diagnósticos(s). Puede elegir más de uno. Ingrese en la barra de CIE-10 el código o nombre del diagnóstico para su elección.



### E. AGREGAR ECOGRAFÍA AL EMBARAZO ACTUAL:

El sistema permite registrar la ecografía del embarazo actual. **NO** es obligatorio su registro. Contiene los siguientes campos:

1. **FECHA DE ECOGRAFÍA:** Registre la fecha en que se realizó la ecografía.
2. **Edad Gestacional por SEMANA:** Registre la edad gestacional en semanas de acuerdo al resultado de la ecografía.
3. **Edad Gestacional por DÍA:** Registre los días de semana de acuerdo al resultado de la ecografía.
4. **LUGAR:** Digite donde fue tomada la ecografía.
5. **TIPO DE EMBARAZO:** Seleccione entre Único o Múltiple el tipo de embarazo.
6. **FECHA PROBABLE DE PARTO:** El campo muestra la Fecha Probable de Parto por ECO. Este campo es calculado automáticamente.
7. **EDAD GESTACIONAL ACTUAL:** El campo muestra a Edad Gestacional Actual por ECO. Este campo es calculado automáticamente.
8. **OBSERVACIÓN:** Agregue información adicional. **NO ES OBLIGATORIO.**
9. **LIQUIDO AMNIOTICO:** Registre el valor del líquido amniótico. **NO ES OBLIGATORIO.**
10. **INDICE DE LIQUIDO AMNIOTICO:** Registrar el valor porcentual del líquido amniótico.
11. **INFORME CON PROBABLE MICROCEFALIA FETAL/ CALCIFICACION INTRACRANEAL**
12. **BIOMETRIA FETAL (PERIMETRO CEFALICO):** Registre el valor del perímetro cefálico. **NO ES OBLIGATORIO.**



The screenshot shows a web form titled "Agregar ecografía" with the following fields and callouts:

- 1: Fecha de la ecografía (Date of the ultrasound)
- 2: EG Semana (Gestational week)
- 3: EG Día (Gestational day)
- 4: Lugar (Location)
- 5: \* Tipo de embarazo (Type of pregnancy)
- 6: Fecha probable parto (Probable date of delivery)
- 7: Edad gestacional actual (Current gestational age)
- 8: Observación (Observation)
- 9: Líquido amniótico (Amniotic fluid)
- 10: Índice de líquido amniótico (Amniotic fluid index)
- 11: Informe con probable microcefalia fetal/calcificación intracraneal (Report with probable fetal microcephaly/intracranial calcification)
- 12: Biometría Fetal (Fetal biometry)

Buttons: Cancelar, Guardar

## SECCION III

### 3. REGISTRO DE ATENCIÓN PRENATAL

#### ATENCIONES

Afiliación	Antecedentes	Embarazo actual	Atenciones
------------	--------------	-----------------	------------

#### A. NUEVA ATENCIÓN

1. *En las últimas semanas ha viajado:* Marcar sí o no a la pregunta si la paciente viajó en las últimas semanas.
2. *Fecha de atención:* Ingrese la fecha en la que se lleva a cabo la Atención prenatal. Campo obligatorio.
3. *Peso actual:* Registre el peso actual de la gestante. El peso debe ser ingresado en kilogramos, colocar "punto" para los decimales. Campo obligatorio.
4. *Ganancia de Peso:* Es el cálculo automático del peso actual con el peso pre gestacional.
5. *IMC:* Muestra el índice de masa corporal, también muestra un si el IMC se encuentra entre los valores normales o no. El campo es calculado automáticamente.
6. *Temperatura:* Registre la temperatura.
7. *Presión sistólica:* Registre la presión arterial sistólica. Dato obligatorio.
8. *Presión diastólica:* Registre la presión arterial diastólica. Dato obligatorio.
9. *Pulso:* Registre el pulso.
10. *Frecuencia respiratoria:* Registre la frecuencia respiratoria.



11. **Altura uterina:** Registre la altura uterina obtenida.
12. **Dinámica uterina:** Seleccione una de las opciones sobre la dinámica uterina, las opciones son: sin dinámica, +, ++, +++, N/A.
13. **Proteinuria cualitativa:** Seleccione una de las opciones sobre la proteinuria cualitativa, las opciones son: No se hizo, Reactivo y No reactivo.
14. **Edemas:** Seleccione una de las opciones sobre los edemas que pueda tener la gestante, las opciones son: sin edemas, +, ++, +++.
15. **Reflejos:** Seleccione una de las opciones de sobre el examen de reflejos, las opciones son: 0, +, ++, +++.
16. **Examen de pezón:** Seleccione una de las opciones sobre el examen de Examen de pezón, las opciones son: formado, no formado, sin examen.
17. **Indicación de Calcio (a partir de 20 semanas de gestación):** Ingrese el número de tabletas de calcio indicados.
18. **Indicación de Ácido Fólico (entre la 1 a 13 semana de gestación):** ingrese el número de tabletas de ácido fólico indicados.
19. **Indicación de Sulfato Ferroso / Ácido Fólico:** ingrese el número de tabletas combinadas indicadas.

En las últimas dos semanas ¿ha viajado?		<input type="text" value="-----"/>	
* Fecha de atención	<input type="text" value="07/07/2022"/>	Dinamica uterina	<input type="text" value="-----"/>
* Peso actual	<input type="text" value="0"/> kg	Edemas	<input type="text" value="-----"/>
Ganancia de peso	<input type="text"/> kg	Reflejos	<input type="text" value="-----"/>
* IMC	<input type="text"/> None	Examen pezón	<input type="text" value="-----"/>
Temperatura	<input type="text"/> C	Indicacion Calcio	<input type="text"/> tabletas
* Presion sistolica	<input type="text"/> mmHg	Indic Ac. Fólico	<input type="text"/> tabletas
* Presion diastolica	<input type="text"/> mmHg	Indicación de Sulfato Ferroso/Ac Fólico (mayor o igual a 14 semanas)	<input type="text"/> tabletas
Pulso	<input type="text"/> min		
Frecuencia respiratoria	<input type="text"/> resp / min		
Altura uterina	<input type="text"/> cm		

20. **Perfil biofísico:** Seleccione las opciones sobre el examen de perfil biofísico fetal, las opciones son: 4, 6, 8, 10, no se hizo, no aplica. El campo no es obligatorio.
21. **Próxima cita:** Seleccione la fecha para la próxima cita.
22. **Plan de parto\*:** Se registra la información acerca del plan de parto, esta opción la puede desarrollar en cualquier Atención, se abre otra ventana para su registro.



23. *Número de formato SIS:* Registre el número correspondiente a la ficha de atención del Seguro Integral de Salud.

* Próxima cita	<input type="text"/>
Perfil biofisico	<input type="text"/>
Numero formato SIS	<input type="text"/>
Plan de parto:	Ficha plan de parto

24. *Orientación consejería:* Marque las consejerías que se han brindado, en caso no se realizó marque no se hizo o no aplica.

Orientación consejería	
Planificación familiar	<input type="checkbox"/>
Signos de alarma	<input type="checkbox"/>
Lactancia Materna	<input type="checkbox"/>
ITS	<input type="checkbox"/>
Nutrición	<input type="checkbox"/>
Inmunizaciones	<input type="checkbox"/>
VIH	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>
No se hizo	<input type="checkbox"/>
No aplica	<input type="checkbox"/>

25. *FCF:* Registre la frecuencia cardiaca fetal.

26. *Situación:* Seleccione una de las opciones sobre la situación del feto, las opciones son: longitudinal, transversal o N/A.

27. *Presentación:* Seleccione una de las opciones sobre la presentación del feto, las opciones son: cefálico, podálico, o N/A.

28. *Posición:* Seleccione una de las opciones sobre la posición del feto, las opciones son: derecho, izquierdo o N/A.

29. *Movimientos fetales:* Seleccione una de las opciones sobre los movimientos fetales, las opciones son: sin movimiento, +, ++, +++, N/A.

Evaluación del feto					
FCF	Situacion	Presentacion	Posicion	Movimientos fetales	Opción
<input type="text"/> lat / min	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**Nota:** El icono “+” es para que aparezca la fila de valores en caso sea un embarazo múltiple y se registre.

30. *Interconsultas:* Marque e ingrese la fecha de interconsulta a la cual ha sido derivada la gestante.



Interconsultas	Fecha #1	Fecha #2	Fecha #3
Psicología	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medicina	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nutrición	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Odontología	<input checked="" type="checkbox"/>	07/06/2022	<input type="text"/>
Enfermería	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laboratorio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ecografía	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

31. *Psicoprofilaxis*: Ingrese la fecha en la que la gestante realizó la Psicoprofilaxis.
32. *Visita Domiciliaria*: Ingrese la fecha realizada y escriba el motivo de la visita domiciliaria.

Psicoprofilaxis (Fecha)	
#1	<input type="text"/>
#2	<input type="text"/>
#3	<input type="text"/>
#4	<input type="text"/>
#5	<input type="text"/>
#6	<input type="text"/>

Visitas Domiciliarias		
Fecha	Observación	
#1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
#6	<input type="text"/>	<input type="text"/>

33. *Vacuna Antitetánicas*: Registre el número de dosis aplicadas de la vacuna antitetánica.
  - *Número dosis anteriormente*: Registre la cantidad de dosis previas de la vacuna, si refiere que no se aplicó ninguna dosis colocar 0.
  - *Dosis*: En los siguientes campos deberá escribir el mes de embarazo cuando la gestante se aplica la vacuna. Si la gestante no se aplicó marque la opción NO, si cree necesario marque la opción N/A





Antitetánica				
Número dosis previas	<input type="text" value="2"/>			
		<b>Mes de gestación</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
Primera dosis	<input type="text"/>	Meses	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Segunda dosis	<input type="text"/>	Meses	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tercera dosis	<input type="text"/>	Meses	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

**Cuadro de edad gestacional:** Seleccione la edad gestacional para la Atención. Es de acuerdo a la decisión del profesional.

	Fecha última menstruación	Ecografía	Altura uterina
Edad gestacional actual	<input type="text" value="14 3/7"/>	<input type="text" value="14 2/7"/>	<input type="text"/>
Fecha probable de parto	<input type="text" value="02/01/2023"/>	<input type="text" value="03/01/2023"/>	<input type="text"/>
Edad gestacional elegida	<input type="button" value="FUM"/>	<input type="button" value="Ecografía"/>	<input type="button" value="Altura Uterina"/>

**\* PLAN DE PARTO:**

La ventana muestra los campos a registrar sobre la entrevista del Plan de Parto. Para ingresar pulse el botón: [FICHA PLAN DE PARTO](#)

**• PRIMERA ENTREVISTA:**

1. **Fecha:** Registre la fecha de la primera entrevista.
2. **Tiempo de llegada al establecimiento:** Digite el tiempo (en minutos) de la distancia entre el domicilio de la gestante y el establecimiento.
3. **Atención del parto:** Seleccione una de las opciones según la respuesta de la gestante.
4. **Razones:** Describa las razones que refiera la gestante.

Plan de parto			
Primera entrevista			
Fecha	<input type="text" value="07/05/2019"/>	Teléfono	<input type="text"/>
¿A que distancia y/o tiempo se encuentra el establecimiento de salud de su domicilio?			
<input type="text"/>			
<input checked="" type="checkbox"/>	¿Se va a quedar todo el tiempo que dure su embarazo en el lugar de su domicilio actual?		
¿A decidido donde va ha atender su parto?	<input type="text"/>		
¿Cuales son las razones para su elección?	<input type="text"/>		



• **SEGUNDA ENTREVISTA y TERCERA ENTREVISTA:**

1. Fecha: Registre la fecha de la segunda entrevista. Puede agregar observaciones si es necesario.
2. Atención del parto: Seleccione una de las opciones según la respuesta de la gestante. Puede agregar observaciones si es necesario.
3. Posición preferida para el parto: Seleccione una de las opciones según la respuesta de la gestante. Puede agregar observaciones si es necesario.
4. Transporte a utilizar: Seleccione una de las opciones según la respuesta de la gestante. Puede agregar observaciones si es necesario.
5. Tiempo de llegada al establecimiento: Ingrese los dos campos (1ra opción, 2da opción). Puede agregar observaciones si es necesario.
6. Acompañamiento: Registre el nombre o parentesco del acompañante. Puede agregar observaciones si es necesario.
7. Cuidado de los hijos: Registre el nombre o parentesco del acompañante. Puede agregar observaciones si es necesario.

		SEGUNDA ENTREVISTA (2do. T.)	TERCERA ENTREVISTA (3ro. T.)	Observaciones
Fecha		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Donde se atenderá su parto?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿En que posición prefiere dar a luz?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué medio de transporte se va a utilizar?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué tiempo tarda en llegar de el establecimiento de salud a donde va ha atender su parto?	1era opción	<input type="text"/> min	<input type="text"/> min	<input type="text"/>
	2da opción	<input type="text"/> min	<input type="text"/> min	<input type="text"/>
¿Quién le acompañara en el momento del parto o emergencia?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Quién cuidará de sus hijos en casa?		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

• **TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA:**

Registre los datos de los posibles donadores, los campos a registrar son: nombres y apellidos, tipo de sangre, domicilio, edad y parentesco.

En caso de necesitar una transfusión sanguínea ¿quienes seran los posibles donantes de sangre?

Nombres y apellidos	Tipo de sangre	Domicilio o referencia	Edad	Parentesco
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Señales de peligro en el embarazo

Vómito exagerado	<input type="checkbox"/>	Hinchazón de cara , manos y pies	<input type="checkbox"/>
Salida de sangre o liquido por su vagina	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza y dolor abdominal	<input type="checkbox"/>
Fiebre o escalofríos	<input type="checkbox"/>		

**Guardar**



## B. SÍNTOMAS:

A horizontal navigation bar with five buttons: 'Afiliación', 'Antecedentes', 'Embarazo actual', 'Atenciones', and 'Síntomas'. Below this bar, the text 'Fecha atención: 07/06/2022' is displayed. Underneath, there is another row of buttons: 'Síntomas' (highlighted in green), 'Examen Físico', 'Laboratorio', 'Diagnóstico', and 'Agregar ecografía'.

Terminado de guardar la Atención, pasará a la pantalla de Síntomas, esta ventana tiene las siguientes opciones:

1. **Asintomática:** Marque la casilla si la gestante no menciona algún síntoma.
2. **Síntomas frecuentes:** Marque el casillero del síntoma, puede elegir más de uno.
3. **Observación:** Digite información adicional que usted crea necesaria. NO es obligatorio.
4. **Barra de CIE-10:** ingrese el nombre o código del CIE-10, seleccione el diagnóstico, aparecerá en la parte inferior, continúe con los pasos anteriores.
5. **Regresar a la Atención:** Permite retornar a la sección anterior. NO guarda los cambios.
6. **Guardar:** Terminado el registro pulse este botón que guardará la información y lo llevará a la siguiente ventana.

The 'Agregar síntomas' form is shown with the 'ASINTOMÁTICA' checkbox checked. Below the checkbox, a message states: 'Cuando el selecciona asintomática no se podrá agregar nuevos síntomas y los que ya estén agregados se borrarán'. There is a search input field with the placeholder 'Ingrese el nombre o código del cie'. Below this is a table with columns: 'Código', 'Nombre', 'Observación', and 'Eliminar'. The table contains five rows of symptoms, each with a checkbox in the 'Código' column and a text input field in the 'Observación' column.

<input type="checkbox"/>	Código	Nombre	Observación	Eliminar
<input type="checkbox"/>	O363	Atención Materna Por Signos De Hipoxia Fetal	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	R51X	Cefalea	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	H109	Conjuntivitis, No Especificada	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	O624	Contracciones Uterinas Hipertónicas, Incoordinadas Y Prolongadas	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/>	R101	Dolor Abdominal Localizado En Parte Superior	<input type="text"/>	

## C. EXAMEN FÍSICO:

A horizontal navigation bar with five buttons: 'Síntomas', 'Examen Físico' (highlighted in green), 'Laboratorio', 'Diagnóstico', and 'Agregar ecografía'.

Terminado de guardar los síntomas, pasará a la pantalla de Examen físico, esta ventana tiene las siguientes opciones:

1. **Examen por Sistemas:** Registre la evaluación realizada, seleccione Conservado o Patológico según su criterio profesional. Agregue información adicional en Observación si es necesario.
2. **Nivel de Conciencia:** Seleccione una opción según la evaluación del nivel de conciencia, teniendo como opciones: lucidez, obnubilación, sopor, coma y otros.
3. **Especuloscopia:** Si realiza el examen marque SI, se desplegará las opciones para el ingreso de información, estas opciones (vagina, cérvix, fondo de saco y observaciones) deben de ser descritas en los campos en blanco de cada opción.



Examen Físico			
	Conservado	Patológico	Observación
Piel y mucosas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Mamas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Respiratorio	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Cardiovascular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Odontológico	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Abdomen	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Urinario	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
Neurologico	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>

Nivel de conciencia

Espectuloscopia

4. **Pelvimetría:** Seleccione la opción según su evaluación, puede agregar información adicional en el campo Observación.
5. **Examen ginecológico:** Si realiza el examen marque SI, se desplegará las opciones para ser registrados.
  - a) **Dolor:** Seleccione según la evaluación realizada, las opciones son: leve, moderado o severo.
  - b) **Posición:** Seleccione según la evaluación realizada, las opciones son: anteversoflexo, medio, retroversoflexo.
  - c) **Restos:** Seleccione según la evaluación realizada, las opciones son: escasos, regular, abundante.
  - d) **Culdocentesis:** Seleccione según la evaluación realizada, las opciones son: si o no.
  - e) **Fondo de saco:** Seleccione según la evaluación realizada, las opciones son: libre u ocupado.
  - f) **Mal olor:** Seleccione según la evaluación realizada, las opciones: si o no.
  - g) **Vulva:** Describa los hallazgos encontrados en el campo en blanco.
  - h) **Genitales externos:** Describa los hallazgos encontrados en el campo en blanco.
  - i) **Vagina:** Describa los hallazgos encontrados en el campo en blanco.

Nivel de conciencia

Espectuloscopia  Sí  No

Tacto vaginal  Sí  No

Pelvimetría  Adecuada  Pelvis estrecha Observación

Examen Gineco-Obstétrico  Sí  No

**D. LABORATORIO:**

Sintomas	Examen Físico	Laboratorio	Diagnóstico	Agregar ecografía
----------	---------------	-------------	-------------	-------------------

La ventana Laboratorio tiene las siguientes opciones:

1. **Cuadro de Pruebas Rápidas:** Registre los resultados de las pruebas rápidas de Sífilis y VIH. Marque el resultado de la prueba, a continuación, registre la fecha de la prueba y finalmente describa alguna observación que crea necesario.
2. **Grupo y factor sanguíneo:** Registre el tipo de grupo y factor sanguíneo.

	Reactivo	No reactivo	No se hizo	No aplica	Fecha	Observacion
Primera prueba rápida sífilis		X			20/12/2018	
Segunda prueba rápida sífilis	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20/01/2019	
Primera prueba rápida VIH		X			20/12/2018	
Segunda prueba rápida VIH	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20/01/2019	
Tamizaje hepatitis B	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20/12/2018	

Grupo y factor sanguíneo	
Grupo	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> AB <input type="radio"/> O
Factor RH	<input type="radio"/> + <input type="radio"/> - <input type="radio"/> - Sen Desc <input type="radio"/> - No Sen <input type="radio"/> - Sen

3. **Cuadro de Examen de Hemoglobina:** Registre el (los) resultados del examen de hemoglobina obtenido a través de una prueba rápida o una prueba en laboratorio.

	Se hizo	Hg %	Fecha
Prueba rápida de hemoglobina	<input checked="" type="radio"/> SÍ	10,0	20/12/2018
Hemoglobina 1	<input checked="" type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	10.0 Anemia Leve	20/01/2019
Hemoglobina 2	<input type="radio"/> SÍ <input checked="" type="radio"/> NO		
Hemoglobina 3	<input type="radio"/> SÍ <input checked="" type="radio"/> NO		
Hemoglobina 4	<input type="radio"/> SÍ <input checked="" type="radio"/> NO		
Hemoglobina 5	<input type="radio"/> SÍ <input checked="" type="radio"/> NO		
Hemoglobina alta	<input type="radio"/> SÍ <input checked="" type="radio"/> NO		

4. **Cuadro de Glicemia:** Registre los resultados de Glicemia (glucosa en sangre) obtenido durante el embarazo. Marque la opción según la interpretación del resultado, registre la fecha, si es necesario podrá escribir alguna observación.
5. **Cuadro de Examen de Orina:** Registre el resultado los exámenes de orina realizados a la gestante. Marque las opciones según la interpretación del resultado, registre la fecha, puede agregar observaciones si es necesario.
6. **Cuadro de Pruebas Serológicas:** Registre los resultados de las diversas pruebas serológicas tales como: VDRL/RPR, prueba de ELISA, PCR Zika, TORCH Marque los resultados de las diferentes pruebas, registre la fecha, agregue observaciones si es necesario.
7. **Exámenes citológicos:** Registre los resultados de los siguientes exámenes: Papanicolaou (PAP), Inspección Visual con Ácido acético (IVA), Colposcopia.



8. **Otros exámenes:** Si se necesite registrar más resultados de otros análisis de laboratorio, pulsar el botón “MOSTRAR MÁS PRUEBAS” se desplegará un listado de diferentes análisis de laboratorio. Entre los exámenes que puede registrar tenemos: IFI/Western Blot, HTLV 1, TORCH, Gota gruesa, Malaria prueba rápida, Fluorescencia malaria, Urocultivo, BK en esputo, Listeria, Tamizaje hepatitis B, Tolerancia glucosa, FTA Abs, THPA. Registre los resultados, registre la fecha, agregue observaciones si es necesario.
9. **Modificar la Información de Laboratorio:** En caso el establecimiento tenga activa la generación automática del diagnóstico, la información de laboratorio registrada solo podrá ser modificada ingresando al control en donde se registró la información.

	Reactivo	No reactivo	No se hizo	No aplica	Fecha	Observación
Prueba rápida de Proteinuria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prueba rápida de Proteinuria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prueba rápida de Proteinuria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

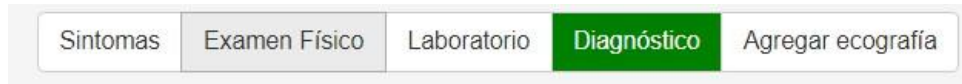
	Positivo	Negativo	No se hizo	Fecha	Observación
Examen completo orina 1		X		20/12/2018	<input type="text"/>
Examen completo orina 2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20/01/2019	<input type="text"/>
Leucocituria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nitritos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Reactivo	No reactivo	No se hizo	No aplica	Fecha	Observación
VDRL/RPR 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
VDRL/RPR 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ELISA VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TORCH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PCR Zika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Normal	Anormal	No se hizo	No aplica	Fecha	Observación
PAP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
IVA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Colposcopia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



## E. DIAGNÓSTICO:



Terminado de guardar los exámenes de Laboratorio pasará a la pantalla de Diagnóstico, esta ventana tiene las siguientes opciones:

1. **Resumen:** Permite observar un resumen de los hallazgos significativos durante la Atención.

Resumen

**Laboratorio**

- Examen completo de orina 1POSITIVO (01/04/2022)
- Glicemia 1ANORMAL (01/04/2022)
- Grupo O
- Hemoglobina 212,3 (27/05/2022)
- PAPNORMAL (07/03/2022)
- Prueba rápida de hemoglobina 12,7 (07/03/2022)
- Rápida sífilis NO REACTIVO (07/03/2022)
- Tolerancia glucosa ANORMAL (01/04/2022)
- Factor RH+
- Glicemia 2NORMAL (27/05/2022)
- Hemoglobina 112,9 (01/04/2022)
- Leucocituria POSITIVO (07/03/2022)
- Prueba rápida de Proteinuria- NO REACTIVO (07/06/2022)
- Rápida VIH 1 NO REACTIVO (07/03/2022)
- Tamizaje hepatitis B NEGATIVO (07/03/2022)

**Examen Físico**

Nivel de conciencia: Lucidez

Cambios Cervicales: No  
Pelvimetría: Adecuada

**Examen Ginecológico**

1. Culdocentesis: No
2. Mal olor: No

2. **Diagnóstico:** Este cuadro permite seleccionar el diagnóstico que se adecue a la atención. Siga los siguientes pasos:
  - a) **Sugeridos:** Son diagnósticos frecuentes que se utilizan para la Atención prenatal. Seleccione uno o más.
  - b) **Seleccionados:** Los diagnósticos seleccionados aparecen en esta parte, en caso el establecimiento tenga activa la generación automática del diagnóstico, se mostrarán algunos diagnósticos de manera automática, según corresponda a la información registrada durante la atención.
  - c) **Tipo de Diagnóstico:** Determine el tipo de diagnóstico, elija una de las opciones: Definitivo (D), Presuntivo (P) o Repetido (R).
  - d) **Laboratorio:** Anote el valor LAB1 y LAB2 en caso corresponda para la migración al HISMINSA.
  - e) **Observación:** Anote información adicional que crea conveniente.
  - f) **Barra de CIE-10:** Busque el diagnóstico que necesita en el listado de CIE-10, ingrese el nombre o código del CIE-10, seleccione el diagnóstico, aparecerá en la parte inferior, continúe con los pasos anteriores.  
**Eliminar:** Marque el recuadro para eliminar el diagnóstico previamente. Luego de guardar se ve reflejado la eliminación del diagnóstico.



Buscar diagnosticos

Seleccionados

Diagnostico	CIE 10	D	P	R	LAB 1	LAB 2	Observación	Migrado HIS MINSA	Eliminar
Suplementación De Calcio	59401.05	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1			si	<input type="checkbox"/>
Suplementación De Sulfato Ferroso (A Partir De Las 14 Semanas)	59401.04	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3			si	<input type="checkbox"/>

Sugeridos

<input type="checkbox"/> (O200) Amenaza De Aborto <input type="checkbox"/> (88141) Citopatología, Vaginal O Cervical (En Cualquier Sistema De Información), Requiriendo Interpretación Por Un Médico, Toma De Pap <input type="checkbox"/> (O120) Edema Gestacional <input type="checkbox"/> (Z0143) Examen De Mama <input type="checkbox"/> (R11X) Nausea Y Vomito <input type="checkbox"/> (Z392) Seguimiento Postparto, De Rutina <input type="checkbox"/> (Z349) Supervision De Embarazo Normal No Especificado <input type="checkbox"/> (N952) Vaginitis Atrofica Postmenopausica	<input type="checkbox"/> (86703) Anticuerpos; Hiv-1 Y Hiv-2, Análisis Único <input type="checkbox"/> (99401.34) Consejería Post Test Para Vih - Resultado No Reactivo <input type="checkbox"/> (99401.33) Consejería Pre-Test Para Vih <input type="checkbox"/> (96150) Evaluación De Salud Y Comportamiento (Ejemplo: Entrevista Clínica Enfocada En La Salud, Observación De La Conducta, Monitoreo Psicofisiológico, Cuestionarios Orientados A La Salud), Por Cada 15 Minutos De Contacto Cara A Cara Con El Paciente, Evaluación Inicial <input type="checkbox"/> (O100) Hipertension Esencial Preexistente Que Complica El Embarazo <input type="checkbox"/> (U1692) Plan De Atención De Parto <input type="checkbox"/> (Z359) Supervision De Embarazo De Alto Riesgo, Sin Otra Especificacion <input type="checkbox"/> (N760) Vaginitis Aguda <input type="checkbox"/> (U06.9) Zika
---	--

3. **Plan de Trabajo:** Registre las acciones que el profesional determine necesario para la gestante.
4. **Tratamiento:** Muestra la cantidad de tabletas de micronutrientes recetados.
5. **Laboratorio exámenes a pedir:** Seleccione los exámenes que debe hacer la gestante. Puede seleccionar Otros exámenes pulsando en la barra, si desea eliminar alguno pulse en el símbolo “X”.
6. **Cuadro de edad gestacional:** Muestra la edad gestacional y la fecha probable de parto. Seleccione la edad gestacional para la Atención. De acuerdo al criterio del profesional.

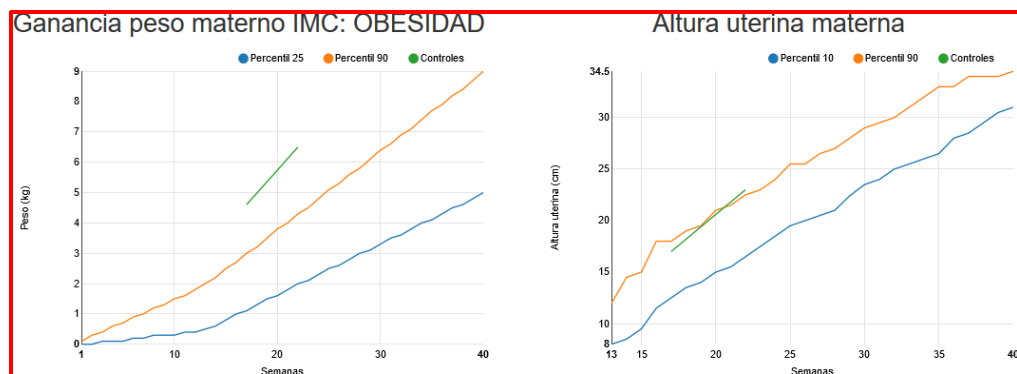




Plan de trabajo	Signos de alarma, interconsulta ginecología evaluada en HAMA (Hígado)	Laboratorio: Exámenes a pedir	<input type="checkbox"/> Hemoglobina
Tratamiento	Calcio: 30 tabletas Sulfato ferroso / ácido fólico: 60 tabletas	<input type="checkbox"/> Hemograma	<input type="checkbox"/> Orina
Tratamiento 2		<input type="checkbox"/> Glucosa	<input type="checkbox"/> Grupo sanguíneo
		<input type="checkbox"/> Factor	<input type="checkbox"/> Otros exámenes

	Fecha última menstruación	Ecografía	Altura uterina
Edad gestacional actual	24 2/7	24 0/7	29
Fecha probable de parto	25/09/2022	27/09/2022	30/08/2022
Edad gestacional elegida	FUM	Ecografía	Altura Uterina

- Gráficos:** Cuadro donde se observa los gráficos de Ganancia de peso materno y Altura uterina materna. Los gráficos se generan de manera automática según vaya registrando las Atenciones prenatales.



- Resumen Antecedentes:** Se observan los resúmenes de Antecedentes Familiares, Médicos y obstétricos.
- Regresar a la Atención:** Permite retornar a la sección anterior. NO guarda los cambios.
- Guardar:** Terminado el registro pulse este botón que guardará la información y lo llevará a la siguiente ventana.

### CUADRO DE RESUMEN DE ATENCIONES PRENATALES:

Campo donde se visualizan las principales opciones para generar, editar Atenciones o terminar un embarazo.

- Editar embarazo actual:** Pulse este botón para Editar la Atención previamente guardado.
- Crear una nueva Atención:** Pulse este botón para generar una nueva Atención.
- Ecografías:** Pulse este botón que lo llevara a la sección de ecografía, donde puede editar y agregar nuevas ecografías.
- Reportes:** Pulse este botón para ver y descargar los reportes de al última Atención prenatal.
- Terminar embarazo:** Este botón se pulsa para terminar el embarazo actual. Si la paciente vuelve a embarazarse, se generará un nuevo registro de embarazo dentro de la HCE.



Atenciones prenatales embarazo actual



N° HC: 131814 DNI: [REDACTED]

Edad: 30

Afilación Antecedentes Embarazo actual **Atenciones**

**+ Crear nueva atención** Atención adicional Ecografías Reportes Terminar embarazo

Controles

#	Fecha atención	Próxima cita	Edad gestacional en la atención	Fecha probable del parto	Establecimiento	Opciones
4	07/06/2022	07/07/2022	24 2/7 x FUR	25/09/2022	C.S. SAN GENARO DE VILLA	Ver detalle
3	03/05/2022	04/06/2022	19 2/7 x FUR	25/09/2022	C.S. SAN GENARO DE VILLA	Ver detalle
2	07/04/2022	05/05/2022	15 4/7 x FUR	25/09/2022	C.S. SAN GENARO DE VILLA	Ver detalle ⓘ
1	07/03/2022	08/04/2022	11 1/7 x FUR	25/09/2022	C.S. SAN GENARO DE VILLA	Ver detalle ⓘ

Atenciones adicionales

#	Fecha atención	Peso	Presión	Motivo	Establecimiento	Opciones
---	----------------	------	---------	--------	-----------------	----------

Ir al detalle de la paciente



## SECCION IV

### REPORTES

#### A. REPORTES PARA LA GESTANTE

Terminado el registro de la Atención, debe de generar los Reportes de la atención.



Los pasos para generar los reportes son:

1. Guardar: Pulse el botón para Guardar en la sección de Diagnóstico, lo llevará al Cuadro de Atenciones Prenatales.
2. Reportes: Pulse el botón, se abre una ventana con la lista de los reportes que genera el sistema, pulse sobre el nombre del reporte e inmediatamente se descargará, los reportes de la Atención se encuentran en formato de PDF.
  - a) Ficha de tamizaje de violencia
  - b) Solicitud prueba de.
  - c) Solicitud de examen citológico.
  - d) Solicitud de exámenes clínicos.
  - e) Historia clínica.
  - f) Plan de parto.
  - g) Tarjeta de seguimiento.
  - h) Receta única estandarizada.
  - i) Receta única de flujo vaginal.
  - j) Receta única de prueba rápida.
  - k) Formato único de atención.
  - l) Hoja de referencia.
  - m) Carnet de Atención prenatal.
  - n) Atención prenatal.
  - o) Fichas Únicas de Atención, códigos: 009, 011, 013, 024 y 071.



Reportes

Solicitud prueba ELISA
Solicitud examen citológico
Solicitud exámenes clínicos
Ficha de tamizaje de violencia
Historia Clínica <a href="#">VER PDF</a> <a href="#">Firmar</a>
Plan parto <a href="#">VER PDF</a> <a href="#">Firmar</a>
Tarjeta de seguimiento
Receta Única Estandarizada
Receta Única Flujo Vaginal
Receta Única Prueba Rápida
Hoja de referencia
Carnet de Atención Prenatal
Atención prenatal
Fua 009
Fua 011
Fua 013
Fua 024
Fua 071

The collage displays several key components of the prenatal care system:

- Ficha de Violencia:** A screening form with two main questions: "¿Le han servido alguna vez maltratos o intimidaciones físicas o psíquicas?" and "¿Le han servido o a sus familiares alguna vez a tener un embarazo con problemas?". It includes a list of indicators such as "Hemorragias, contusiones, laceraciones", "Quemaduras", "Lesiones en brazos, muñecas, tobillos", "Quemaduras en la cara", "Cefaleas, problemas de sueño", and "Problemas de visión".
- Historia Clínica:** A detailed form for patient history, including personal data, medical history, and current pregnancy details.
- Antecedentes Familiares y Personales:** Forms for recording family and personal medical history, including chronic conditions and previous pregnancies.
- Gráficos de Seguimiento:** Multiple growth charts showing fetal weight and length over time, with reference curves and data points plotted.
- Formas de Diagnóstico y Tratamiento:** Forms for recording diagnostic tests and treatment plans.





## ENVIO DE INFORMACIÓN AL HISMINSA

Para el envío automático de la información al HISMINSA, se debe registrar la información completa del diagnóstico, su tipo y sus valores LAB1 y LAB2 según corresponda

Buscar diagnósticos								
Ingrese el nombre o código del cie								
Seleccionados								
Diagnóstico	CIE 10	D	P	R	LAB 1	LAB 2	Observación	Eliminar
Sugeridos								
<input type="checkbox"/>	(0200)	Amenaza De Aborto			<input type="checkbox"/>	(88141)	Citopatología Cervical O Vaginal Y Tamizaje Manual (Papanicolau)	
<input type="checkbox"/>	(99403)	Consejería Nutricional			<input type="checkbox"/>	(Z7173)	Consejería Post-Test Negativo Para Vih	
<input type="checkbox"/>	(Z7171)	Consejería Pre-Test Para Vih			<input type="checkbox"/>	(0120)	Edema Gestacional	
<input type="checkbox"/>	(86703)	Elisa O Prueba Rapida Para Hiv-1 Y Hiv-2			<input type="checkbox"/>	(U140)	Entrevista De Tamizaje	
<input type="checkbox"/>	(Z0143)	Examen De Mama			<input type="checkbox"/>	(0100)	Hipertension Esencial Preexistente Que Complica El Embarazo	
<input type="checkbox"/>	(R11X)	Nausea Y Vomito			<input type="checkbox"/>	(U1692)	Plan De Atención De Parto	
<input type="checkbox"/>	(Z392)	Seguimiento Postparto, De Rutina			<input type="checkbox"/>	(Z359)	Supervision De Embarazo De Alto Riesgo, Sin Otra Especificacion	
<input type="checkbox"/>	(Z349)	Supervision De Embarazo Normal No Especificado			<input type="checkbox"/>	(N760)	Vaginitis Aguda	
<input type="checkbox"/>	(N952)	Vaginitis Atrofica Postmenopausica			<input type="checkbox"/>	(U06.9)	Zika	

### Diagnósticos seleccionados automáticamente:

Los siguientes diagnósticos se mostrarán de manera automática y de acuerdo a la información que se registra durante la atención solo en caso el establecimiento tiene habilitada la opción de generación automática del diagnóstico, en el siguiente cuadro se muestra los diagnostico que se mostraran de manera automática.

Calculo automático del valor del LAB	LAB Editable?	DESCRIPCIÓN	CIE 10	LAB	OBSERVACION	Indicaciones
SI	NO	Atención prenatal CON FACTOR DE RIESGO	Z3591	1	Primer trimestre de gestación	(desde 1s hasta las 13 ss)
			Z3592	2	Segundo trimestre de gestación	(desde 14 hasta 27 ss)
			Z3593	3	Tercer trimestre de gestación	(desde 28 hasta 40 ss)
	NO	Supervisión de embarazo NORMAL	Z3491	1	Primer trimestre de gestación	(desde 1s hasta las 13 ss)
				2	Segundo trimestre de gestación	(desde 14 hasta 27 ss)
				3	Tercer trimestre de gestación	(desde 28 hasta 40 ss)
	NO	Gestante con Obesidad Gestante con Sobrepeso Gestante con peso normal Gestante con delgadez	E669 E660 Z006 O25X	IMC	IMC >30	Se registra Solo en la primera atención prenatal
					IMC 25 a 30	
					IMC 18.5 a 25	
					IMC <18.5	
SI	Consejería en importancia de la lactancia materna en la primera hora, lactancia materna exclusiva.	99401.02	1,2,3...20	Contar el número de consejerías	Se registra en TODAS las atenciones prenatales	





		Técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento de la leche.				
SI	Consejería Nutricional	99403.01	1,2,3...20	Contar el número de consejerías		Se registra en <b>TODAS</b> las atenciones prenatales
SI	Suplementación de ácido fólico	59401.03	1 al 13	contar el número de veces q le entregas el medicamento, según edad gestacional		Se registra gestantes desde atención comprendido de 1s hasta las 13 ss.)
SI	Suplementación de sulfato ferroso	59401.04	1 a mas	contar el número de veces q le entregas el medicamento, según edad gestacional		Se registra gestantes desde atención prenatal comprendido desde 14 semana hasta el parto
SI	Suplementación de calcio	50401.05	1 a mas	contar el número de veces q le entregas el medicamento, pero solo registrar número atención		Se registra gestantes desde atención prenatal comprendido desde 20 semana hasta el parto
NO	Anemia en embarazo	O990	LEV	10.0 a 10.9		En la última hemoglobina según la fecha del control
			MOD	7.0 a 9.9		
			SEV	<7.0		
NO	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo en tableta, para bilirrubina, glucosa, hemoglobina, cetonas, leucocitos, nitrito, pH, proteínas, gravedad específica, urobilinógeno, cualquier número de estos componentes; no automatizado, sin microscopía (Tamizaje de Bacteriuria)	81002	RN o RP			Último examen de orina según la fecha del control
NO	Dosaje de Albúmina en orina, micro albúmina semicuantitativa (p. ej. ensayo con tira reactiva) Tamizaje de Proteinuria.	82044	RN o RP			
SI	Consejería Pretest para VIH	99401.33	1,2	1 si es para la primera toma; 2 es para la segunda toma		
NO	Anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único (Tamizaje de VIH prueba rápida)	86703	RN, RP			
SI	Consejería Post-test para VIH reactivo	99403.03	1	Solo registrar 1 cuando es primera toma		
SI	Consejería Post-test para VIH NO reactivo	99401.34	1 o 2	Solo registrar 1 cuando es primera toma y 2 cuando es la segunda toma		







NO	SI	Plan de Parto	U1692	1,2	Contar N° entrevista de plan de parto que corresponda	
	SI	Citopatología, vaginal o cervical (en cualquier sistema de información), requiriendo interpretación por un médico	88141		Dejar en blanco el campo	
	NO	Evaluación de salud y comportamiento (Ejemplo: entrevista clínica enfocada en la salud, observación de la conducta, monitoreo psicofisiológico, cuestionarios orientados a la salud), por cada 15 minutos de contacto cara a cara con el paciente, evaluación inicial.)	96150	VIF		
	SI	Detección de antígenos de agentes infecciosos HIV-1 y HIV-2, resultado único	86703	RP o RN		
	SI	Detección de anticuerpos para Hbs – Ag (prueba rápida)	87342	RP o RN		
	SI	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis B	99402.05	1,2	Solo registrar 1 cuando es primera toma y 2 cuando es la segunda toma	
	SI	Aumento pequeño de peso en el embarazo/baja ganancia de peso gestacional	O261	En blanco o PR	Dejar en blanco el campo o en el caso de paciente recupera el peso adecuado o hay un ligero aumento de peso	A partir de las 12 semanas
	SI	Adecuada ganancia de peso gestacional	Z006		Dejar en blanco el campo	A partir de las 12 semanas
	SI	Aumento excesivo de peso en el embarazo/alta ganancia de peso gestacional	O260		Dejar en blanco el campo	A partir de las 12 semanas
	SI	Dosaje de hemoglobina	85018	1,2, 3, 4	1 (Durante el primer control prenatal) 2 (Entre la semana 25 y 28 de gestación) 3 (Entre la semana 37 y 40 (antes del parto) 4 (A los 30 días post parto (término de la suplementación)	
	SI	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	O234		Dejar en blanco el campo	
	SI	Pre eclampsia Leve	O13X		Dejar en blanco el campo	
	SI	Administración de tratamiento	99199.11	IA, 2, TA	IA SI ES 1 DOSIS, 2 SI ES 2 DOSIS, Y TA SI ES 3 DOSIS, Y ESO VA LIGADO AL DIAGNOSTICO 86780 SI ES RP	OJO tto SIFILIS
	SI	Anticuerpo treponema pallidum (Tamizaje de Sífilis prueba rápida)	86780	RN, RP		



SI	Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa (RPR)	86593	RN, RP		
SI	Batería de Laboratorio de la Gestante	80055.01	1	Registrar 1, cuando tenga TODO la batería	
SI	Batería de Laboratorio de la Gestante	80055.02	2	Registrar 2, cuando tenga TODO la batería	
SI	Ecografía, Útero Grávido	76805	1,2	Según el número de ecografía	
SI	Test no estresante fetal. NST	59025	1,2	Según el número de procedimiento	
SI	Visita Domiciliaria	C0011	1, 2,3...	Número de Visitas domiciliarias	
SI	Test de Estrés Fetal	59020	1, 2,3...	Según el número de procedimiento	
SI	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer	99402.08	1, 2,3...	consejería el número de sesión 1, 2... según corresponda	
SI	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuos en grupo, durante aproximadamente 60 minutos. Estimulación Prenatal	99412.01	1, 2, 3, 4, 5 ó 6 según corresponda		
SI	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo proporcionados a individuos en grupo, durante aproximadamente 60 minutos. Psicoprofilaxis Obstétrica	99412.02	1, 2, 3, 4, 5 ó 6 según corresponda		
SI	SESIÓN EDUCATIVA	C0009	número de participantes	C0009, U0031 ambos dx se registran juntos	
SI	Actividad de Materno perinatal	U0031		Dejar el campo Lab en blanco	ACOMPANADA SESION EDUCATIVA



### Identificación de los diagnósticos en el registro del control

Registro de atención prenatal Nro.1

Sintomas Examen Físico Laboratorio Diagnóstico Agregar ecografía Reportes

En las últimas dos semanas ¿ha viajado?

\* Fecha de atención: 03/09/2018

\* Peso actual: 55 kg

Ganancia de peso: 3 kg

\* IMC: 1 22,03 Normal

Temperatura: 36 C

\* Presion sistolica: 110 mmHg

\* Presion diastolica: 80 mmHg

Pulso: min

Frecuencia respiratoria: resp / min

Altura uterina: cm

Dinamica uterina

Proteurina cualitativa: 7 negativo

Edemas

Reflejos

Examen pezón

Indicacion Calcio: tabletas

Indic Ac. Fólico: 4 tabletas

Indicacion d Sulfato Ferroso/Ac Fólico (mayor o igual a 14 semanas): 4 10 tabletas

Perfil biofisico

\* Próxima cita: 06/10/2018

Plan de parto: Ficha plan de parto

Numero formato SIS

Orientación consejeria: 2

Planificación familiar:

Signos de alarma:

Lactancia Materna:

ITS:

Nutrición: 3

Inmunizaciones:

VIH:

TBC:

No se hizo:

No aplica:

### Identificación de los diagnósticos en el registro de información del laboratorio.

	Reactivo	No reactivo	No se hizo	No aplica	Fecha	Observacion
Primera prueba rápida sífilis	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19/09/2018	
Segunda prueba rápida sífilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Primera prueba rápida VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Segunda prueba rápida VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		

	Se hizo	Hg %	Fecha
Prueba rápida de hemoglobina	SI	15,0	19/09/2018
Hemoglobina 1: 5	<input type="radio"/> SÍ <input checked="" type="radio"/> NO		
Hemoglobina 2	<input type="radio"/> SÍ <input checked="" type="radio"/> NO		
Hemoglobina 3	<input type="radio"/> SÍ <input checked="" type="radio"/> NO		
Hemoglobina 4	<input type="radio"/> SÍ <input checked="" type="radio"/> NO		
Hemoglobina 5	<input type="radio"/> SÍ <input checked="" type="radio"/> NO		
Hemoglobina alta	<input type="radio"/> SÍ <input checked="" type="radio"/> NO		



6	Positivo	Negativo	No se hizo	Fecha	Observación
Examen completo orina 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Examen completo orina 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Leucocituria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		
Nitritos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		

### Diagnósticos a enviar al HISMINSA

Para cada atención del control registrada en el sistema, el envío de la información al HISMINSA tomaralos diagnósticos “Seleccionados” que se encuentren en el siguiente cuadro:

### ATENCIÓN MATERNO PERINATAL ACTIVIDADES MÁS FRECUENTES

Código	Diagnóstico / Actividad	Cód.	Diagnóstico / Actividad
O080 O109	Aborto séptico Hipertensión preexistente no especificada, que complica el embarazo	O263 O309	Retención de dispositivo anticonceptivo intrauterino en el embarazo Embarazo múltiple, no especificado
O13X	Pre- eclampsia leve	O310	Feto papiráceo o feto comprimido
O141 O142	Pre- eclampsia severa Síndrome de HELLP	O311	Embarazo que continúa después del aborto de un feto o más
O150	Eclampsia en el embarazo	O312	Embarazo que continúa después de la muerte intrauterina de un feto o más
O152	Eclampsia en el Puerperio		
O159 O200	Eclampsia en período no especificado Amenaza de aborto	O318	Otras complicaciones específicas del embarazo múltiple
O208	Otras hemorragias precoces del embarazo	O364	Atención materna por muerte intrauterina
O209	Hemorragia precoz del embarazo, sin especificación	O365 O366	Atención materna por déficit del crecimiento fetal Atención materna por crecimiento fetal excesivo
O210	Hiperémesis gravídica leve o no especificada	O367	Atención materna por feto viable en embarazo abdominal
O211	Hiperémesis gravídica con trastornos metabólicos		
O212 O218	Hiperémesis gravídica tardía Otros vómitos que complican el embarazo	O471	Falso trabajo de parto a las 37 y más semanas completas de gestación
O219	Vómitos del	O479	Falso trabajo de parto, sin otra



	embarazo, no especificados		especificación
O220	Venas varicosas de los miembros inferiores en el embarazo	O48X O8000	Embarazo Prolongado Parto Espontáneo Vertical
O221	Várices genitales en el embarazo	O8001	Parto Espontáneo Horizontal
O224	Hemorroides en el embarazo	O809	Parto único espontáneo sin otra especificación
O230	Infección del riñón en el embarazo	O849	Parto múltiple, no especificado
O231	Infección de la vejiga urinaria en el embarazo	O861	Otras infecciones genitales consecutivas al parto
O232	Infección de la uretra en el embarazo		(cervicitis, vaginitis)
O233	Infección de otras partes de las vías urinarias en el embarazo	O85X	Sepsis puerperal (endometritis pos parto)
O234	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo	O860 O862	Infección de herida Quirúrgica Obstétrica Infección de las vías urinarias consecutivas al parto
O235	Infección genital en el embarazo	O368	Atención materna por otros problemas fetales especificados
O239	Otras infecciones y las no especificadas de las vías genitourinarias en el embarazo	O369	Atención materna por problemas fetales no
O240	Diabetes mellitus preexistente		especificados
O241	insulinodependiente, en el embarazo Diabetes mellitus preexistente no	O40X O410	Polihidramnios Oligohidramnios
	insulinodependiente, en el embarazo	O411	Infección de la bolsa amniótica o de las
O242	Diabetes mellitus preexistente relacionada con		membranas
O243	desnutrición, en el embarazo Diabetes mellitus preexistente, sin otra	O429	Ruptura prematura de membranas, sin especificación
	especificación, en el embarazo	O432	Adherencia mórbida de la placenta
O244 O249	Diabetes mellitus que se origina con el embarazo Diabetes mellitus no especificada, en el embarazo	O440	Placenta previa con especificación de que no hubo hemorragia
O25X	Desnutrición en el embarazo	O441	Placenta previa con hemorragia
O260	Aumento excesivo de peso en el embarazo (alta	O459	Desprendimiento prematuro de placenta sin otra



O261	ganancia de peso gestacional) Aumento pequeño de peso en el embarazo (baja	O468	especificación Otras hemorragias ante parto
	ganancia de peso gestacional)	O470	Amenaza de parto prematuro
O262	Atención del embarazo en una abortadora	O863	Otras infecciones de las vías genitourinarias
O264	habitual Herpes gestacional	O872	consecutivas al parto Hemorroides en el puerperio
O265	Síndrome de hipotensión materna	O868	Otras infecciones puerperales especificadas
O300	Embarazo doble	O879	Complicación venosa en el puerperio, noespecificada

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
O909	Complicaciones del puerperio no especificado	Z349	Supervisión de embarazo normal no especificado
O910	Infecciones del pezón asociada con el parto	Z3491	Supervisión de embarazo normal 1° trimestre
O911	Absceso de la mama asociada con el parto		(Atención pre natal)
O912	Mastitis no purulenta asociada con el parto	Z3492	Supervisión de embarazo normal 2° trimestre
O94	Secuelas de complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio	Z3493	(Atención pre natal) Supervisión de embarazo normal 3° trimestre
O980	Tuberculosis que complica el embarazo		(Atención pre natal)
O981	Sífilis que complica el embarazo	Z3591	Supervisión de embarazo con factor de riesgo
O982 O983	Gonorrea que complica el embarazo Otras infecciones con un modo de transmisión	Z3592	1° trimestre (Atención pre natal) Supervisión de embarazo con factor de riesgo
	predominantemente sexual que complican el		2° trimestre (Atención pre natal)
O984	embarazo Hepatitis viral que complica el embarazo	Z3593	Supervisión de embarazo con factor de riesgo 3° trimestre (Atención pre natal)
O985	Otras enfermedades virales que complican el	Z370	Nacido vivo, único
	Embarazo	Z371	Nacido Muerto, único
O986	Enfermedades causadas por protozoarios que complican el	Z372 Z373	Gemelos, ambos nacidos vivos Gemelos, un nacido vivo y un nacido muerto



	embarazo		
O987	Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, el parto y el puerperio	Z374	Gemelos, ambos nacidos muertos
		Z375	Otros nacimientos múltiples, todos nacidos vivos
O988	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	Z376	Otros nacimientos múltiples, algunos nacidos vivos
	maternas que complican el embarazo		
O989	Enfermedad Infecciosa y parasitaria materna no especificada que complica el embarazo,	Z377	Otros nacimientos múltiples, todos nacidos muertos
	parto y puerperio	Z381	Nacido fuera del hospital único
O990	Anemia que complica el embarazo, parto y/o	Z382	A término (producto único en lugar no
O991	puerperio Otras enfermedades de la sangre y de los	Z384	especificado) Nacidos fuera del hospital gemelos
	órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos	Z387	Nacidos fuera del hospital (varios59025 Test
	del sistema inmunitario que complica el embarazo	59025	no Estresante Test no estresante fetal. NST
O992	Enfermedades endocrinas, de la nutrición y del	59020	Test de Estrés Fetal
	metabolismo que complican el embarazo	59401.03	Suplementación de ácido fólico (hasta las 13
O993	Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo	59401.04	semanas Suplementación de Sulfato ferroso (a partir de
O994	Enfermedades del sistema circulatorio que		las 14 semanas)
	complican el embarazo	59401.05	Suplementación de calcio
O995	Enfermedades del sistema respiratorio que complican el embarazo	59430	Atención postparto solamente (procedimiento Separado). Atención de Puerperio





O996	Enfermedades del sistema digestivo que	76805	Ecografía, útero grávido, tiempo real con
O997	complican el embarazo Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo		documentación de la imagen, evaluación fetal y materna, después del 1er trimestre (> o = a
	que complican el embarazo		14 semanas 0 días), abordaje transabdominal;
O998	Otras enfermedades especificadas y afecciones		gestación única o primera
P073	que complican el embarazoRN Pre término	80055.01	Perfil obstétrico primera atención prenatal (Exámenes de laboratorio: Tamizaje de
P95X	Muerte fetal (nacido muerto)		proteínas, Hb, Grupo y Factor Rh, glucosa,
Z006	Examen para comparación y control normales en		pruebas rápidas para sífilis y VIH o RPR y Elisa,
	Programa de investigación clínica (evaluación nutricional normal/Adecuada a ganancia de pesogestacional)		Urocultivo) 1ra. Batería de análisis.
Z320 Z359	Embarazo aún no confirma Supervisión de embarazo con riesgo		

Código	Diagnóstico / Actividad	Código	Diagnóstico / Actividad
80055.02	Perfil obstétrico atención prenatal posteriores:	99412.02	Consejería en medicina preventiva
	(Exámenes de laboratorio: Tamizaje de proteínas, Hb, Grupo y FactorRh, glucosa, pruebas rápidas para sífilis y VIH o RPR y Elisa, Urocultivo) 2da. Batería de análisis		y/o provisión de intervenciones de reducción defactores de riesgo proporcionados a individuos en grupo, durante aproximadamente 60 minutos. Psicoprofilaxis Obstétrica
81002	Análisis de orina por tira de análisis o reactivo	944112.01	Estimulación prenatal
82044	dosaje de Albúmina en orina, micro albúmina semicuantitativa (p. ej. ensayo con tira reactiva) Tamizaje de Proteinuria	99501	visita domiciliaria para evaluación postnatal y seguimiento
84590	suplementación con Vitamina A	99401.33	Consejería Pre-Test para VIH





85018	Dosaje de Hemoglobina	99401.34	Consejería Post Test para VIH No Reactivo
86703	anticuerpos; HIV-1 y HIV-2, análisis único /Prueba rápida VIH)	99403.03	Consejería Post Test para VIH Reactivo
86780	Anticuerpo: Treponema Pallidum (Tamizaje de Sífilis prueba rápida)	99402.05	Consejería/Orientación en prevención de ITS, VIH, Hepatitis
86593	Prueba de Sífilis; anticuerpo no treponémico cuantitativa	99402.08	Consejería preventiva en factores de riesgo para el cáncer
87389	Detección de antígenos de agente infeccioso HIV-1 y HIV-2, resultado único (ELISA)	C0009	Sesión Educativa
87342	Detección cualitativa de antígeno de superficie del virus de hepatitis B (HBsAg) en muestra de sangre entera, suero o plasma, por prueba rápida de un solo paso (Prueba Rápida)	C0011	Visita familiar integral
88141	Citopatología, vaginal o cervical (en cualquier sistema de información), Toma de PAP	U1692	Plan de atención de parto
96150	Evaluación de salud y comportamiento (Ejemplo: entrevista clínica enfocada en la salud, observación de la conducta, monitoreo psicofisiológico, cuestionarios orientados a la salud), por cada 15 minutos de contacto cara a cara con el paciente, evaluación inicial. Tamizaje de Violencia	U0031	Actividad de Materno perinatal
99199.11	Administración de Tratamiento		
99401	Consejería en medicina preventiva y/o provisión de intervenciones de reducción de factores de riesgo, proporcionados a individuo, durante aproximadamente 15 minutos (p. ej. consejería integral)		
99401.02	Consejería en importancia de la lactancia materna en la primera hora, lactancia materna exclusiva. Técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento de la leche		
99403.01	Consejería nutricional: Alimentación saludable		

**NOTA:** La información registrada en una atención será enviada al HISMINSA a primera hora (a partir de las 00:00 horas) del día siguiente de producido el registro de la atención en los establecimientos que tengan habilitado esta opción.