



MANUAL DE USUARIO:

MÓDULO

**ATENCIÓN INTEGRAL
DE SALUD POR
CURSO DE VIDA**

2024



PERÚ

Ministerio
de Salud

PRESENTACIÓN

La historia clínica electrónica es una herramienta informática asistencial y administrativa que ha sido desarrollada por el Ministerio de Salud para los diferentes niveles de atención y que está compuesto de los módulos de: Gestión de Administración (programación de turnos), Ventanilla Única, Caja, Triage, Consulta Externa, **CRED**, Inmunizaciones, Wawared).

La implementación de la historia clínica electrónica 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, la historia clínica electrónica 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 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.

CONTENIDO

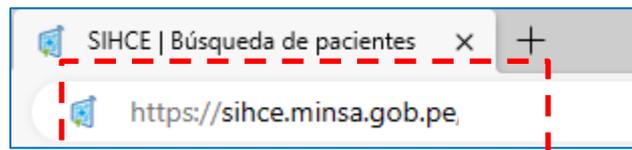
I.	INGRESO AL SISTEMA	4
II.	INICIO DEL MÓDULO DE CRED.....	5
	OPCIONES DEL MÓDULO.....	5
III.	AÑADIR Y/O BUSQUEDA	6
1.	Añadir	6
2.	Búsqueda por nombres.....	7
IV.	REGISTRO DE ATENCIÓN.....	7
	EDICIÓN DE DATOS DEL NIÑO Y DEL FAMILIAR	7
	PACIENTES NUEVOS (ANTECEDENTES)	9
	ATENCIÓN	11
1.	CONTROL CRED	12
1.1.	PRIMERA PARTE	12
1.2.	SEGUNDA PARTE	15
1.2.1.	Evaluación nutricional y del desarrollo	15
1.2.2.	Laboratorio.....	22
1.2.3.	Intervenciones.....	23
1.2.4.	Acuerdos y compromisos	24
1.2.5.	Citas / Referencia y Exámenes auxiliares	25
1.2.6.	Registro HIS	25
1.2.7.	Ediciones de atenciones Migradas a HISMINSA.....	27
1.2.8.	Emisión de Reportes de la atención.....	28
1.2.9.	Firma digital.....	28
2.	VACUNAS.....	30
3.	SEGUIMIENTO POR RIESGO EN EL CRECIMIENTO / DESARROLLO	31
3.1.	PRIMERA PARTE	31
3.2.	SEGUNDA PARTE	32
4.	PRESTACIONES ADICIONALES DE SALUD	34
V.	ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS.....	35
VI.	BANDEJA DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS.....	37
VII.	REPORTES	38
1.	REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL.....	38
2.	REPORTE DE ATENCIÓN	39
3.	SOLICITUD A DE PRODUCTOS A FARMACIA	40
4.	ORDEN DE LABORATORIO	40
5.	REPORTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.....	41
	Reporte de atención CRED	41
	Reporte de Tamizaje de Anemia	41
	Reporte Detallado	41

MODULO DE CREC

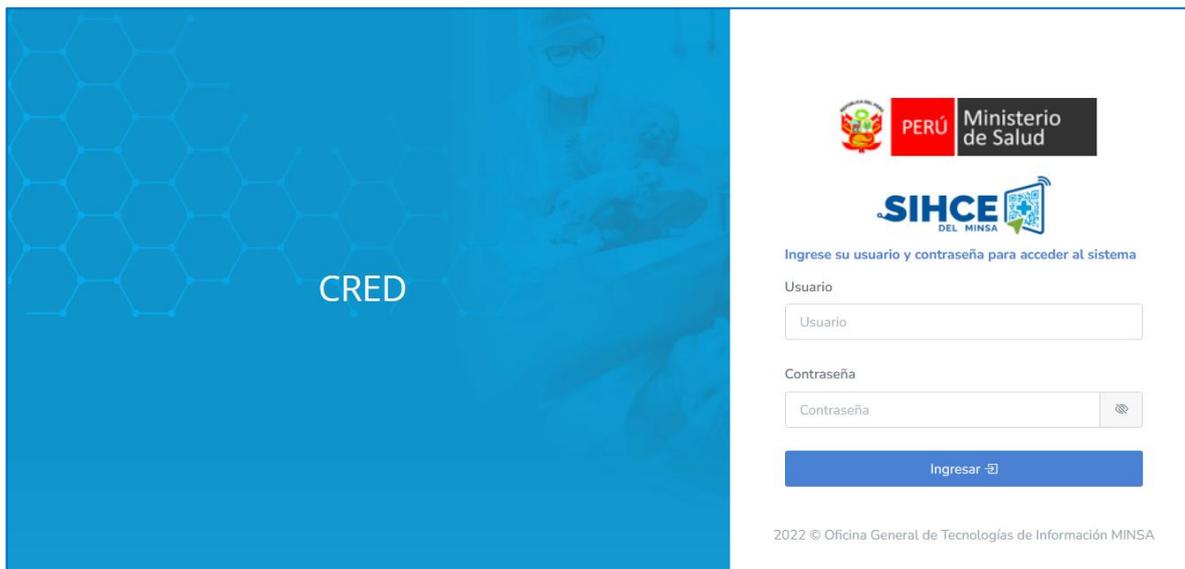
I. INGRESO AL SISTEMA

1. Los navegadores web necesarios para el óptimo funcionamiento del sistema en sus versiones más actualizadas son:

- Google Chrome y/o Mozilla Firefox.
- Ingresar a la URL <https://sihce.minsa.gob.pe>

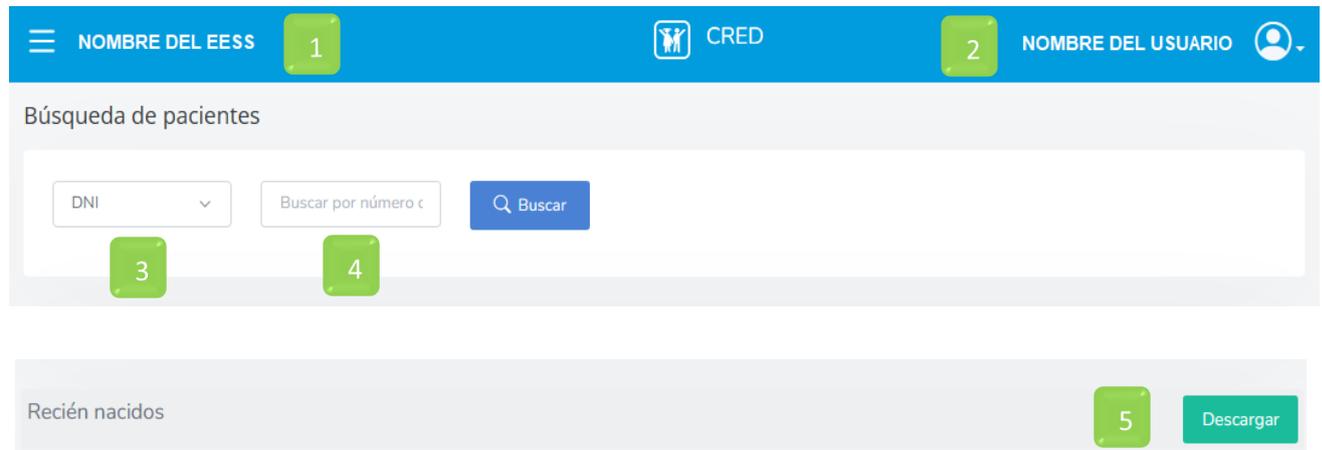


2. Iniciar sesión con usuario (DNI) y contraseña.



Nota: Si ingresa por primera vez, el usuario y contraseña es el DNI, y el sistema solicitará que registre su nueva contraseña.

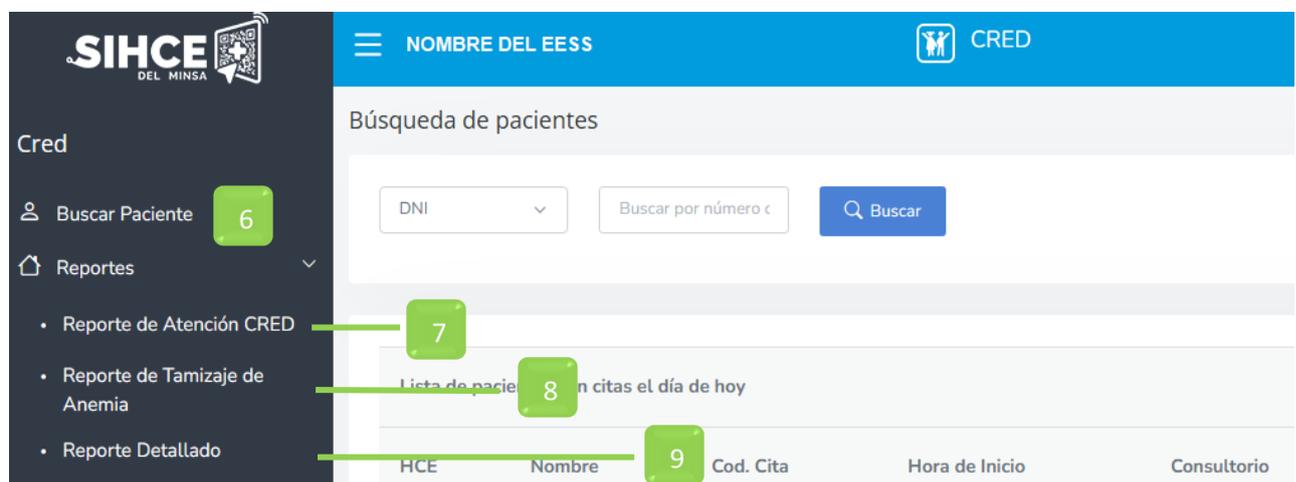
II. INICIO DEL MÓDULO DE CREC



The screenshot shows the top navigation bar with a menu icon, 'NOMBRE DEL EESS' (1), the 'CREC' logo, 'NOMBRE DEL USUARIO' (2), and a user profile icon. Below the bar is the 'Búsqueda de pacientes' section with a dropdown menu for 'DNI' (3), a search input field 'Buscar por número c' (4), and a 'Buscar' button. At the bottom right, there is a 'Recién nacidos' section with a 'Descargar' button (5).

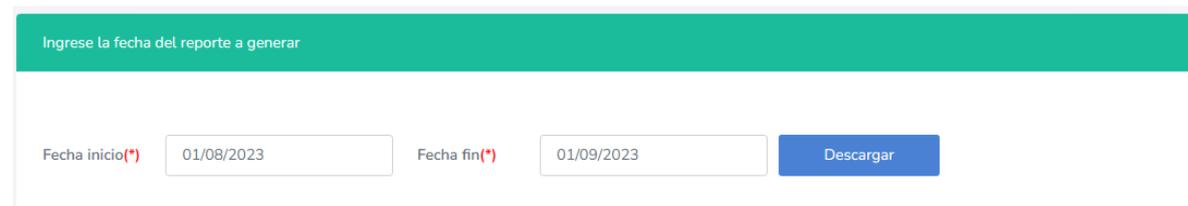
1. Muestra el nombre del establecimiento de salud.
2. Muestra el nombre del usuario.
3. Casilla de selección del tipo de documento.
4. Casilla de búsqueda del número de documento.
5. Descarga listado de recién nacidos en el EESS registrados en el aplicativo del CNV.

OPCIONES DEL MÓDULO



The screenshot shows the 'SIHCE DEL MINSA' sidebar menu on the left with options: 'Cred', 'Buscar Paciente' (6), 'Reportes' (with a dropdown arrow), 'Reporte de Atención CREC' (7), 'Reporte de Tamizaje de Anemia' (8), and 'Reporte Detallado' (9). The main area shows the 'Búsqueda de pacientes' section with a 'DNI' dropdown, a search input field 'Buscar por número c', and a 'Buscar' button. Below this is a section for 'Lista de pacientes con citas el día de hoy' with a table header including 'HCE', 'Nombre', 'Cod. Cita', 'Hora de Inicio', and 'Consultorio'.

6. Volver a la página inicial del módulo.
7. Descarga reporte del registro de atenciones CREC por un periodo de hasta 1 mes.



The screenshot shows a form for generating a report. It has a green header with the text 'Ingrese la fecha del reporte a generar'. Below are two input fields: 'Fecha inicio(*)' with the value '01/08/2023' and 'Fecha fin(*)' with the value '01/09/2023'. A 'Descargar' button is located to the right of the second input field.

8. Descarga reporte de niños que han sido tamizados por anemia dentro del centro de salud.
9. Descarga reporte detallado de atenciones CRED por un periodo de hasta 3 meses y 11 días.

Ingrese rango de fechas del reporte a generar

Fecha inicio(*)	01/05/2023	Fecha fin(*)	12/08/2023	<input type="button" value="Descargar"/>
-----------------	------------	--------------	------------	--

III. AÑADIR Y/O BUSQUEDA

Al realizar la búsqueda del paciente, por tipo de documento Acta de nacimiento, CNV, DI del extranjero, No se conoce y pasaporte; se habilitan los botones:

1. Añadir

Búsqueda de pacientes

CNV
▼

Q
Buscar

+
Añadir

Q
Buscar por nombre

Las casillas con (*) son datos que deben registrarse obligatoriamente

Los campos con asterisco(*) son obligatorios.

Paciente

Datos generales

Tipo de documento(*) <input style="width: 90%;" type="text" value="CNV"/>	Fecha nacimiento(*) <input style="width: 90%;" type="text"/>
N° Archivo clínico <input style="width: 90%;" type="text"/>	Edad <input style="width: 90%;" type="text"/>
N° CNV <input style="width: 90%;" type="text"/>	Genero(*) <input style="width: 90%;" type="text" value="-----"/>
Apellido paterno(*) <input style="width: 90%;" type="text"/>	Tipo de seguro(*) <input style="width: 90%;" type="text" value="USUARIO"/>
Apellido materno(*) <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Nombres(*) <input style="width: 90%;" type="text"/>	

Datos de Domicilio Actual

Departamento domicilio(*) <input style="width: 90%;" type="text" value="-----"/>	Provincia domicilio(*) <input style="width: 90%;" type="text"/>
Distrito domicilio(*) <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Domicilio <input style="width: 90%;" type="text"/>	Referencia domicilio <input style="width: 90%;" type="text"/>

Cancelar

Guardar



2 Búsqueda por nombres

Búsqueda de pacientes

CNV Buscar por número c

Buscar por nombres y apellidos

Los campos con asterisco(*) son obligatorios.

Nombres(*)

Apellido paterno(*)

Apellido materno(*)

IV. REGISTRO DE ATENCIÓN

EDICIÓN DE DATOS DEL NIÑO Y DEL FAMILIAR

Búsqueda de pacientes

DNI

Tipo de documento	Número de documento	CNV	Nombres	Apellidos	Fecha de Nacimiento	
DNI	<input type="text"/>	99999999	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15/02/2023	<input type="button" value="Editar"/> <input type="button" value="Antecedentes"/> <input type="button" value="Atender"/>

Datos del niño

Las casillas con (*) son datos que deben registrarse obligatoriamente

Datos del niño

Tipo de documento(*)	<input type="text" value="DNI"/>	Número de documento(*)	<input type="text"/>	N° CNV	<input type="text" value="99999999"/>
Apellido paterno(*)	<input type="text"/>	N° Archivo clínico	<input type="text"/>		
Apellido materno(*)	<input type="text"/>	Género(*)	<input type="text" value="Femenino"/>		
Nombres(*)	<input type="text"/>	Fecha de nacimiento(*)	<input type="text" value="18/01/2023"/>		
Tipo seguro(*)	<input type="text" value="SIS"/>	Edad	<input type="text" value="8"/>	<input type="text" value="meses"/>	
Etnia(*)	<input type="text" value="58: Mestizo"/>	Disa de afiliación	<input type="text" value="150"/>	Número de afiliación	<input type="text"/>
Tipo programa	<input type="text"/>				

Domicilio

Departamento	<input type="text" value="Ica"/>	Provincia	<input type="text" value="Ica"/>		
Distrito	<input type="text" value="Ica"/>	Localidad	<input type="text"/>		
Dirección reniec	<input type="text"/>	Sector	<input type="text"/>		
Dirección	<input type="text" value="ICA"/>				
Referencia	<input type="text"/>				

Lugar de nacimiento

Departamento	<input type="text" value="Ica"/>	Provincia	<input type="text" value="Ica"/>		
Distrito	<input type="text" value="Ica"/>	Localidad	<input type="text"/>		

Institución educativa

Departamento	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>		
Distrito	<input type="text"/>	Buscar Institución	<input type="text" value="Seleccione una Institucion Educativa"/>		
<input type="radio"/> PRONOEI <input type="radio"/> Jardín <input type="radio"/> Colegio <input type="radio"/> Otro <input checked="" type="radio"/> Ninguno					
Nombre de la I.E.	<input type="text"/>	Código modular.	<input type="text"/>		

Datos del familiar

Esta sección tiene 3 pestañas:

- Madre
- Padre
- Tutor

Siendo el contenido de registro el mismo para tres los casos



Datos del familiar

Madre Padre Tutor

Tipo de documento: DNI (dropdown) Fecha de nacimiento: [input]

Nro de documento: [input] Edad: [input] años

Nombres: [input] Grado de instrucción: [dropdown]

Apellido paterno: [input] Teléfono: [input]

Apellido materno: [input] Celular: [input]

Ocupación: [dropdown] Correo electrónico: [input]

Estado civil: [dropdown] Lengua habitual: [dropdown]

¿Es jefe de familia? Sí No Domicilio Habitual: [input]

Ir al listado de pacientes (button) Guardar (button)

Regresa al menú principal

Guarda el registro

PACIENTES NUEVOS (ANTECEDENTES)

Al registrar la atención de un paciente nuevo en el módulo de CRED, se visualizará la ventana de Antecedentes, que deberá registrarse obligatoriamente:

Búsqueda de pacientes

DNI (dropdown) [input] [Buscar button]

Tipo de documento	Número de documento	CNV	Nombres	Apellidos	Fecha de Nacimiento	
DNI	[input]	99999999	[input]	[input]	15/02/2023	<input type="button" value="Editar"/> <input type="button" value="Antecedentes"/> <input type="button" value="Atender"/>

Cabecera con datos del Paciente

	PACIENTE	TIPO DOC.	N° DOC.	EDAD	CNV	FECHA DE NACIMIENTO
	[input]	DNI	[input]	8 meses y 13 días	99999999 9	[input]

Antecedentes perinatales y del Recién nacido

Las casillas con (*) son datos que deben registrarse obligatoriamente

Antecedentes perinatales y del Recién nacido					
Embarazo		Parto			
Nº de embarazo	<input type="text"/>	Condición del parto	<input type="radio"/> Espontáneo <input type="radio"/> Instrumentado <input type="radio"/> Cesárea <input type="radio"/> Otro	Parto lugar	<input type="radio"/> Establecimiento de salud <input type="radio"/> Domicilio
Nº de atenciones prenatales	<input type="text"/>			Atendido por	<input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Agente comunitario de salud <input type="radio"/> Personal técnico <input type="radio"/> Profesional de salud <input type="radio"/> Otro
Lugar de atenciones prenatales	<input type="text"/>				
Nacimiento					
Nacimiento edad gestacional(*)	<input type="text"/> semanas	Perímetro torácico al nacer	<input type="text"/> cm	Requirió hospitalización	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Peso al nacer(*)	<input type="text"/> gr	APGAR 1'	<input type="text"/>	Tiempo de hospitalización	<input type="text"/> días
Nacimiento talla(*)	<input type="text"/> cm	APGAR 5'	<input type="text"/>		
Perímetro cefálico al nacer	<input type="text"/> cm	Enfermedad congénita al nacer	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
Peso para edad gestacional	<input type="radio"/> Pequeño <input type="radio"/> Adecuado <input type="radio"/> Grande		Contacto piel a piel	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
			Alojamiento conjunto	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
			Lactancia en la primera hora	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

Antecedentes Patológicos del Menor

Antecedentes Patológicos del Menor	
Buscar antecedente patológico	<input type="text"/>

Al no encontrar la patología del menor en la relación de antecedentes, se puede buscar por código o descripción CIE10 en la casilla **enfermedad**, una vez seleccionada se agregará a la relación.

Buscar antecedente patológico	
Enfermedad	<input type="text" value="j02"/>
Tuberculosis	

- FARINGITIS ESTREPTOCOCICA
- FARINGITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS
- FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

Al encontrar la patología del niño, se puede escribir en la casilla observaciones y marcar el check

Cirugía	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a medicamentos	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
FARINGITIS ESTREPTOCOCICA	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Si es necesario escribir en el campo de observaciones y para grabar marcar en recuadro

Antecedentes familiares

Antecedentes familiares

Buscar antecedente familiar

Al no encontrar la patología del menor en la relación de antecedentes, se puede buscar por código o descripción CIE10 en la casilla **enfermedad**, una vez seleccionada se agregará a la relación.

Buscar antecedente patológico

Enfermedad	
Tuberculosis	
	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;"> <input style="width: 90%; border: none;" type="text" value="j02"/> </div> <ul style="list-style-type: none"> FARINGITIS ESTREPTOCOCICA FARINGITIS AGUDA DEBIDA A OTROS MICROORGANISMOS ESPECIFICADOS FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

Al encontrar la patología del familiar, se puede escribir en la casilla observaciones y marcar el check

Alergia a medicamentos	<input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Padre	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>
FARINGITIS ESTREPTOCOCICA	<input checked="" type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Padre	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Marcar la opción(es) correspondiente(s)

Si es necesario escribir en el campo de observaciones y para grabar marcar en recuadro

Guardar

Ir al listado de consultas

Ir al listado de pacientes

Guarda el registro

Regresa al menú principal

ATENCIÓN

Búsqueda de pacientes

DNI

Q Buscar

Tipo de documento	Número de documento	CNV	Nombres	Apellidos	Fecha de Nacimiento	
DNI		99999999			15/02/2023	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> Editar Antecedentes Atender </div>

LISTADO DE ATENCIONES

Cabecera con datos del Paciente

	PACIENTE	TIPO DOC.	N° DOC.	EDAD	CNV	FECHA DE NACIMIENTO
		DNI		8 meses y 13 días	999999999	

Opciones de Atención

[Editar paciente](#)
[Antecedentes](#)
[Control CREC 1](#)
[Vacunas 2](#)
[Seguimiento por riesgo en el crecimiento/desarrollo 3](#)
[Prestaciones adicionales de salud 4](#)

Controles CREC y Seguirimientos

Consultas CREC												
0 años		1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años
0 a 29 días	1 a 11 meses	12 a 23 meses	24 a 35 meses	36 a 47 meses	48 a 59 meses							
CREC N° 1 17-08-2023 Complementaria 31-08-2023												

Al pasar el cursor, se habilita el botón de Eliminar. (Solo con las atenciones que el mismo usuario generó)

[Seguimiento atención integral](#)
[Ir al listado de pacientes](#)

[Reporte de Seguimiento de Atención](#)
[Regresa al menú principal](#)

1. CONTROL CREC

[Editar paciente](#)
[Antecedentes](#)
[Control CREC](#)
[Vacunas](#)
[Seguimiento por riesgo en el crecimiento/desarrollo](#)
[Prestaciones adicionales de salud](#)

1.1. PRIMERA PARTE

Cabecera con datos del Paciente

	PACIENTE	TIPO DOC.	N° DOC.	EDAD	CNV	FECHA DE NACIMIENTO
		DNI		8 meses y 13 días	999999999	

1.1.1 Consulta

Al ingresar, se genera de forma automática la fecha, hora de atención, N° control CREd.

Importante: Se puede editar el N° control CREd haciendo clic en icono candado

Consulta

Fecha atención(*) 09/08/2023 Hora atención(*) 17:26

Número de control CREd 5 Edad atención(*) 2 años y 2 meses

Evaluación de la alimentación Signos de peligro Ficha tamizaje VIF Factores de riesgo



Ventanas emergentes

Todas tienen opción de ver su historial de registro.

Evaluación de la alimentación

Observaciones

¿Le está dando gotas o jarabe de sulfato ferroso o micronutrientes? Sí No

¿La niña o el niño está recibiendo leche materna? Sí No

¿La cantidad, frecuencia, y consistencia de la alimentación es adecuada según la edad? Sí No

¿Le está dando verduras y frutas? Sí No

¿Le está dando frejoles, habas, lentejas? Sí No

Consultar Historial Cerrar

Signos de peligro

Observaciones

¿El niño(a) presenta algún signo de peligro? Sí No

Emaciación visible grave Sí No

Piel vuelve muy lentamente Sí No

Traumatismo / Quemaduras Sí No

Palidez palmar intensa Sí No

No puede beber o tomar el pecho Sí No

Convulsiones Sí No

Letárgico o Comatoso Sí No

Vomita todo Sí No

Estridor en reposo / tiraje subcostal Sí No

Ver historial Cerrar

Ficha de tamizaje VIF

¿Alguna vez algún miembro de su familia lo insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales? Sí No

Al padre, madre o adulto responsable del cuidado del niño o niña

¿Su hijo es muy desobediente? Sí No

¿Alguna vez pierde el control y lo golpea? Sí No

Consultar Historial Cerrar

Factores de riesgo

¿Quién cuida al niño?

¿Participa el padre en el cuidado del niño? Sí No

¿El niño recibe muestras de afecto? Sí No

Especifique

Ver Historial Cerrar



1.1.2 Motivo consulta

Motivo consulta

Control de crecimiento y desarrollo

1.1.3 Signos vitales y medidas antropométricas

Las casillas con (*) son datos que deben registrarse obligatoriamente

Signos vitales y medidas antropométricas

Talla(*) cm Temperatura °C PC cm

Peso(*) gr FC x min FR x min

1.1.4 Último examen de hemoglobina

Se visualizará el último registro del examen de hemoglobina

Último examen de hemoglobina

Sin examen

1.1.5 Examen físico

Al seleccionar patológico, se despliegan las opciones de examen físico para marcar.

Examen físico

CONSERVADO PATOLÓGICO

Nombre	Conservado(C) / Patológico(P)	Observación
General	<input checked="" type="radio"/> C <input type="radio"/> P	<input type="text"/>
Cabeza	<input checked="" type="radio"/> C <input type="radio"/> P	<input type="text"/>
Cabellos	<input checked="" type="radio"/> C <input type="radio"/> P	<input type="text"/>
Cara	<input checked="" type="radio"/> C <input type="radio"/> P	<input type="text"/>
Cuello	<input checked="" type="radio"/> C <input type="radio"/> P	<input type="text"/>
Torax	<input checked="" type="radio"/> C <input type="radio"/> P	<input type="text"/>

Guardar

Regresar

Guarda el registro

Listados de atenciones



1.2. SEGUNDA PARTE

Cabecera con datos del Paciente

	PACIENTE	TIPO DOC.	N° DOC.	EDAD	CNV	FECHA DE NACIMIENTO
	[Redacted]		[Redacted]	8 meses y 13 días	9999999	[Redacted]
		DNI	[Redacted]		9	

1.2.1. Evaluación nutricional y del desarrollo

Evaluación nutricional y del desarrollo

Valores Antropométricos del niño:

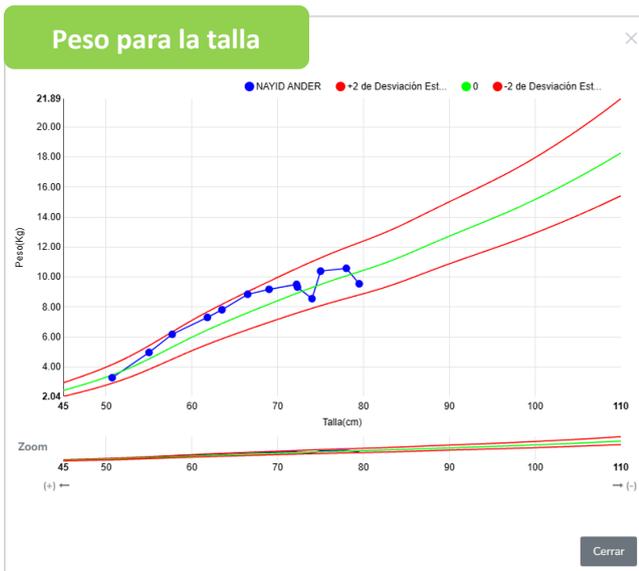
Consiste en visualizar de acuerdo al peso y la talla registrados durante la atención, con tablas oficializadas para que el personal de enfermería diagnostique el desarrollo físico.

Gráfica P/T	Gráfica P/E	Gráfica T/E	TEPSI
Ganancia de Peso	Perímetro Cefálico	Test de Desarrollo	Evaluación del desarrollo psicomotor

Leyenda:

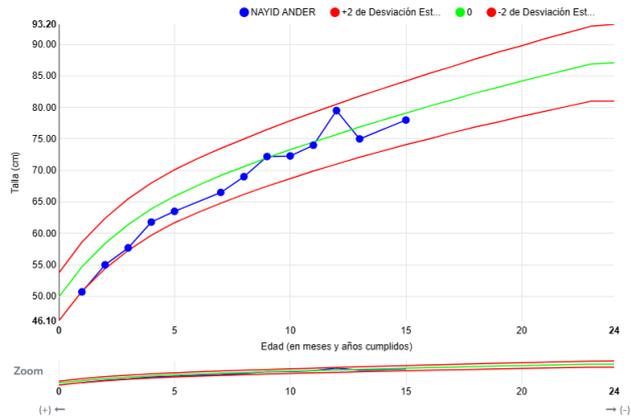
- +2 estándar mayor y -2 estándar menor
- 0
- Es la marca del niño

Recomendación: En cuanto más controles se registran, la marca se convierte en curva



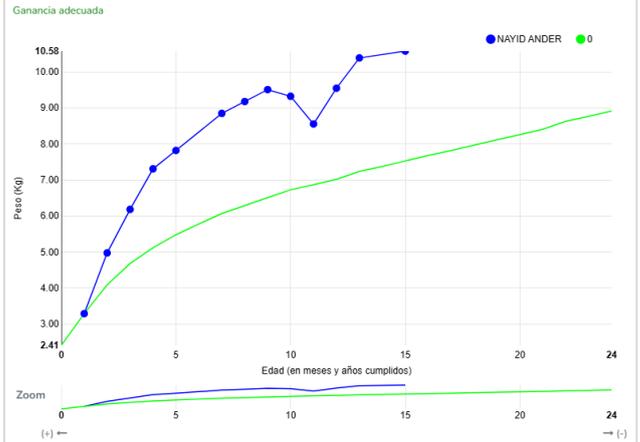


Talla para la edad



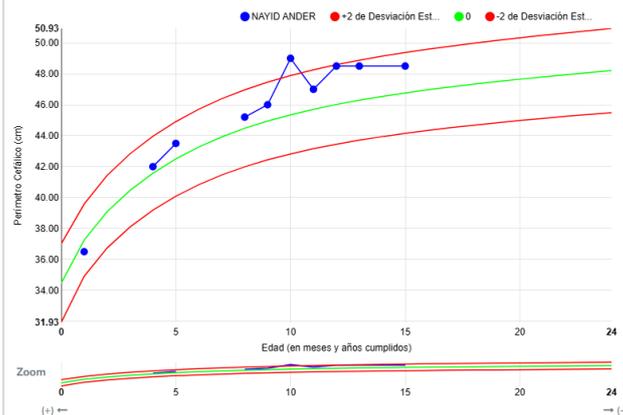
Cerrar

Ganancia de peso



Cerrar

Perímetro cefálico



Cerrar



Test peruano: Cada control CRED va a marcar según su evolución psicomotriz y habilidad. Va marcando cuando cumple con la actividad. Al seleccionar una opción se habilita el botón GUARDAR.

Test peruano

Actividad	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES	
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO SENTADO <small>MANEJA LA CABEZA EN POSICIÓN DE AVANCE Y RETRÁSALO</small>																		
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO ROTACIONES <small>FORMA LA CABEZA EN ROTACIONES</small>																		
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO EN MARCHA <small>MANEJA LA CABEZA EN MARCHA</small>																		
USO DEL BRAZO Y MANO <small>ABRIR Y CERRAR OBJETOS</small>																		
VISIÓN <small>MANEJA LA CABEZA EN POSICIÓN DE AVANCE Y RETRÁSALO</small>																		
AUDICIÓN <small>REACCIONA CON SONIDOS</small>																		
LENGUAJE COMPRENSIVO <small>COMPRENDE PALABRAS</small>																		
LENGUAJE EXPRESIVO <small>EMITE SONIDOS</small>																		
COMPORTAMIENTO SOCIAL <small>COMUNICA CON OTROS NIÑOS</small>																		
ALIMENTACIÓN VESTIDO E HIGIENE <small>COMUNICA CON OTROS NIÑOS</small>																		
JUEGO <small>COMUNICA CON OTROS NIÑOS</small>																		
INTELIGENCIA APRENDIZAJE <small>COMUNICA CON OTROS NIÑOS</small>																		

Guardar

Evaluación de desarrollo psicomotor EEDP: Corresponde al niño de 0 a 24 meses, en el cual se mide el rendimiento del niño frente a situaciones expuestas por el examinador. De acuerdo a la edad, se evalúa 4 áreas correspondiente: Coordinación, Social, Lenguaje, Motora.

Presionar Guardar para iniciar.

Escala de evaluación del desarrollo psicomotor

Fecha del test

Regresar

Guardar



Escala de evaluación del desarrollo psicomotor

Fecha del test: 08/08/2023 Edad cronológica (Días): 175 Mes Correspondiente: 6 [Limpiar todo](#)

Edad	Ítem	Éxito	Fracaso
5 Meses	21. (LS) vuelve la cabeza a quien le habla	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 Meses	22. (C) Palpa el borde de la mesa	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Meses	23. (C) Intenta prensión de la argolla	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 Meses	24. (M) Tracciona hasta lograr la posición sentada	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Meses	25. (M) Se mantiene sentado con leve apoyo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

[Regresar](#) [Ver resultados](#)



Escala de evaluación del desarrollo psicomotor

Mes basal (Mayor mes en el que cumple todo) SIN RESULTADOS

Edad mental (Días) SIN RESULTADOS Edad cronológica (Días) 175

Razón entre edad mental y edad cronológica (EM/EC) SIN RESULTADOS Coeficiente de desarrollo (Puntaje estándar) 0,59

Perfil del desarrollo psicomotor

Área	Puntaje	Mes al que corresponde	Diagnóstico
Coordinación	22	5	NORMAL
Motricidad	24	5	NORMAL

Resultado final del test
Diagnóstico RETRASO

[Regresar](#) [Regresar a la evaluación](#)

Test de desarrollo psicomotor TEPSI: Este test de Desarrollo Psicomotor evalúa el desarrollo psicomotor del niño de entre 2 y 5 años de edad, que evalúa las áreas de Coordinación Lenguaje y Motricidad.



Coordinación

Test de desarrollo psicomotor (TEPSI)

Fecha del test: 20/07/2023 Edad cronológica: 2 años 1 mes 27 días

Subtest de Coordinación	SI	NO
1 C. Traslada agua de un vaso a otro sin derramar (Dos vasos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 C. Construye un puente con tres cubos con modelo presente (Seis cubos)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 C. Construye una torre de 8 ó más cubos (doce cubos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 C. Desabotona (Estuche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 C. Abotona (Estuche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 C. Enhebra una aguja (Aguja de lana; hilo)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 C. Desata cordones (tablero c/cordón)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 C. Copia una línea recta (Lam. 1; lápiz; reverso hoja reg.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 C. Copia un círculo (Lam. 2; lápiz; reverso hoja reg.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10 C. Copia una cruz (Lam. 3; lápiz; reverso hoja reg.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 C. Copia un triángulo (Lam. 4; lápiz; reverso hoja reg.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 C. Copia un cuadrado (Lam. 5; lápiz; reverso hoja reg.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 C. Dibuja 9 ó más partes de una figura humana(lápiz; reverso hoja reg.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 C. Dibuja 6 ó más partes de una figura humana(lápiz; reverso hoja reg.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 C. Dibuja 3 ó más partes de una figura humana(lápiz; reverso hoja reg.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 C. Ordena por tamaño (Tablero; barritas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total subtest de Coordinación (PB):

3

Después de registrar, presionar el botón Guardar, y presionar siguiente para pasar a la sección de Lenguaje



Lenguaje

Test de desarrollo psicomotor (TEPSI)

Fecha del test: 20/07/2023 Edad cronológica: 2 años 1 mes 27 días

Subtest de Lenguaje	SI	NO
1 L. Reconoce grande y chico (Lam. 6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 L. Reconoce más y menos (Lam.7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 L. Renombra animales (Lam. 8; gato, perro, chanco, pato, paloma, oveja, tortuga, gallina)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 L. Nombra objetos (Lam. 5; paraguas, vela, escoba, tetera, zapatos, reloj, serrucho, taza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 L. Reconoce largo y corto (Lam. 1)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6 L. Verbaliza acciones (Lam. 11; cortando, saltando, planchando, comiendo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 L. Conoce la utilidad de objetos (Cuchara, lápiz, jabón, escoba, cama, tijera)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 L. Discrimina pesado y liviano (Bolsas con arena y esponja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 L. Verbaliza su nombre y apellido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 L. Identifica sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 L. Conoce el nombre de sus padres (Papá, mamá)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 L. Da respuestas coherentes a situaciones planteadas (Hambre, cansado, frío)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 L. Comprende preposiciones (Lápiz; detrás, sobre, debajo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 L. Razona por analogías opuestas (Hielo, ratón, mamá)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 L. Nombra colores (Papel lustre azul, amarillo, rojo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 L. Señala colores (Papel lustre azul, amarillo, rojo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 L. Nombra figuras geométricas (Lam. 12; círculo, cuadrado, triángulo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 L. Señala figuras geométricas (Lam. 12; cuadrado, triangulo, círculo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 L. Describe escenas (Lam. 13 y 14)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20 L. Reconoce absurdos (Lam. 15)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 L. Usa plurales (Lam. 16)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 L. Reconoce antes y después (Lam. 17)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 L. Define palabras (Manzana, pelota, zapato, abrigo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 L. Nombra características de objetos (Pelota, globo inflado, bolsa, arena)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total subtest de Lenguaje (PB): 4

Después de registrar, presionar el botón Guardar, y presionar siguiente para pasar a la sección de Motricidad y atrás para ir a Coordinación

Anterior Guardar Siguiente Regresar



Motricidad

Test de desarrollo psicomotor (TEPSI)

Fecha del test: 20/07/2023 Edad cronológica: 2 años 1 mes 27 días

Subtest de Motricidad	SI	NO
1 M. Salta con los dos pies en el mismo lugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 M. Camina diez pasos llevando un vaso lleno de agua (Vaso lleno de agua)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 M. Lanza una pelota en una dirección determinada (Pelota)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 M. Se para en un pie sin apoyo 10 seg. ó más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 M. Se para en un pie sin apoyo 5 seg. ó más	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 M. Se para en un pie sin apoyo 1 seg. ó más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 M. Camina en punta de pies seis ó más pasos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8 M. Salta 20 cms. con los pies juntos (Hoja reg.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 M. Salta en un pie tres ó más veces sin apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 M. Coge una pelota (Pelota)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 M. Camina hacia adelante topando talón y punta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 M. Camina hacia atrás topando punta y talón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total subtest de Motricidad (PB): 4

Después de registrar, presionar el botón Guardar, y presionar atrás para ir a Coordinación

Anterior Guardar Regresar

Resultado TEPSI

Test de desarrollo psicomotor (TEPSI)

Fecha del test: 20/07/2023 Edad cronológica: 2 años 1 mes 27 días

Área	Puntaje bruto	Puntaje T	Categoría
Coordinación	3	52	Normal
Lenguaje	4	52	Normal
Motricidad	4	58	Normal

Puntaje bruto: 11
Puntaje T: 55
Categoría: Normal

Observaciones:

Anterior Guardar Ir a la consulta

Los resultados de las medidas antropométricas se registran de forma automática de acuerdo al peso y talla registrados en la PRIMERA PARTE, sección Signos vitales y medidas antropométricas.

Peso para talla <input checked="" type="radio"/> Obesidad <input type="radio"/> Sobrepeso <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Desnutrición aguda <input type="radio"/> Desnutrición severa	Peso para edad <input type="radio"/> Sobrepeso <input type="radio"/> Normal <input checked="" type="radio"/> Desnutrición Riesgo nutricional (Ganancia inadecuada de peso) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Talla para edad <input type="radio"/> Alto <input type="radio"/> Normal <input checked="" type="radio"/> Talla baja Riesgo nutricional (Ganancia inadecuada de talla) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
---	--	---

En relación al resultado de EEDP y TEPSI, se marca automáticamente el resultado: Condición de desarrollo psicomotor. Se debe marcar obligatoriamente un Trastorno de desarrollo psicomotor.

Condición de desarrollo psicomotor <input type="radio"/> Riesgo para el desarrollo <input type="radio"/> Normal <input checked="" type="radio"/> Trastorno del desarrollo	Trastornos desarrollo psicomotor * <input type="checkbox"/> Trastorno en el área del lenguaje <input type="checkbox"/> Trastorno en el área motora <input type="checkbox"/> Trastorno en el área social <input type="checkbox"/> Trastorno en el área de coordinación <input type="checkbox"/> Trastorno en el área cognitiva / aprendizaje
Observación <input type="text"/>	Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo <input type="text"/>

1.2.2. Laboratorio

Se puede agregar los exámenes requeridos con el botón Agregar

Laboratorio

Agregar Ver resumen

Agregar examen

Examen(*)	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px;"> Hemoglobina ----- Examen completo de Orina Examen Seriado de Heces Hemoglobina Test de Graham THS </div>	Fecha(*)	<input type="text" value="02/10/2023"/>
Resultado(*)		Resultado ajustado	<input type="text"/>

Cerrar
Guardar

Una vez guardado, se puede ver el resumen de los exámenes registrados, con el botón Ver resumen

Al presionar el botón Ocultar resumen, regresa a la vista inicial de la sección Laboratorio

Laboratorio

Agregar
Ocultar resumen

Examen	6 Meses
Hemoglobina	<div style="background-color: #ccc; padding: 2px;">15/08/2023</div> <div style="background-color: #ccc; padding: 2px;">11.00</div> <div style="background-color: #e91e63; color: white; padding: 2px;">11.00</div>
Examen completo de Orina	<div style="background-color: #ccc; padding: 2px;">15/08/2023</div> <div style="background-color: #ccc; padding: 2px;">Negativo</div>

1.2.3. Intervenciones

Se registran los suplementos o micronutrientes

Intervenciones

Suplementación de hierro y vitamina A / Sulfato ferroso / Polimaltosado férrico

Sulfato ferroso
Polimaltosado férrico

Formas de presentación	Total prescrito durante todos sus controles anteriores	Prescrito en la última visita	Número de entrega	Cantidad consumida desde la última visita	Cantidad a prescribir
Multi Micro Nutrientes	<input type="checkbox"/> 0 Sobres	<input type="checkbox"/> Sobres	<input type="text"/>	<input type="text"/> Sobres	<input type="text"/> Sobres

Administración de Profilaxis Antiparasitaria

Sulfato ferroso o Polimaltosado férrico

*Total prescrito durante todos sus controles anteriores, cálculo es automático de acuerdo a la edad

*Cantidad a entregar, registro de acuerdo a lo registrado en Tiempo de prescripción (meses)

Formas de presentación	Total prescrito durante todos sus controles anteriores	Número de entrega	Dosis	Cantidad a administrar por día	Tiempo de prescripción (meses)	Cantidad a entregar
----- Gotas Jarabe	2 Meses	<input type="text"/>	----- 2 mg/Kg/día – profiláctica 3 mg/Kg/día – tratamiento	<input type="text"/> mL	-----	<input type="text"/> Frascos

Micronutrientes

Se contabilizará el total prescrito durante los controles previos, lo prescrito en la última visita.

Formas de presentación	Total prescrito durante todos sus controles anteriores	Prescrito en la última visita	Número de entrega	Cantidad consumida desde la última visita	Cantidad a prescribir
Multi Micro Nutrientes <input checked="" type="checkbox"/>	0 Sobres	Sobres	1	Sobres	Sobres

Administración de Profilaxis Antiparasitaria

Al seleccionar una de las opciones se muestra:

Administración de Profilaxis Antiparasitaria

Albendazol

Mebendazol

Al seleccionar Jarabe o Tabletas, se registra la dosis automáticamente

Formas de presentación

Jarabe

Tabletas

Dosis única

1.2.4. Acuerdos y compromisos

Acuerdos y compromisos (Priorizar 3 acuerdos)												
Detalle	Edad en meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Continuar la lactancia materna hasta los 2 años						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Dar comida espesa						<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Darle alimentos de origen animal (higado, huevo, pescado) cada día						<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>					
Darle 3 comida al día						<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Darle medio plato de comida						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Seleccionado en controles anteriores

Seleccionado en registro actual

Bloqueado

1.2.5. Citas / Referencia y Exámenes auxiliares

Citas / Referencia y Exámenes auxiliares

Citas

Fecha próximo control 

Referencia

Lugar de referencia

Motivo de referencia

Exámenes auxiliares

21/10/2023 

Ago 2023

Lu	Ma	Mc	Ju	Vi	Sa	Do
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Exámenes auxiliares

- Examen completo de Orina
- Examen Seriado de Heces
- Hemoglobina
- Test de Graham
- THS

1.2.6. Registro HIS

Registro HIS

Buscar Dx

Diagnóstico Sugerido	Tipo Diagnostico	Lab 1	Lab 2	Lab 3	Observación	Confirmar
2001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	<input type="radio"/> P <input checked="" type="radio"/> D <input type="radio"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	 
99381 - ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO- CRED MENOR DE 1 AÑO	<input type="radio"/> P <input checked="" type="radio"/> D <input type="radio"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	 

Después de registrar los datos de la atención, presionar el botón Guardar la atención y generar diagnósticos

 Guardar y generar diagnósticos

 Imprimir Reportes

← Regresar

 Ir al listado de consultas

Lo que permitirá agregar los CIE/CPT que corresponden a la atención de acuerdo a lo registrado en la atención.

Diagnóstico Sugerido	Tipo Diagnostico	Lab 1	Lab 2	Lab 3	Observación	Confirmar
Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	<input type="radio"/> P <input checked="" type="radio"/> D <input type="radio"/> O <input type="radio"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	 
99381 - ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRED MENOR DE 1 AÑO	<input type="radio"/> P <input checked="" type="radio"/> D <input type="radio"/> O <input type="radio"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	 
85018 - MEDICIÓN DE HEMOGLOBINA	<input type="radio"/> P <input checked="" type="radio"/> D <input type="radio"/> O <input type="radio"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	 
E669 - OBESIDAD	<input type="radio"/> P <input checked="" type="radio"/> D <input type="radio"/> O <input type="radio"/> R	<input type="text" value="PT"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	 
E440 - DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA	<input type="radio"/> P <input checked="" type="radio"/> D <input type="radio"/> O <input type="radio"/> R	<input type="text" value="PE"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	 
E45X - RETARDO DEL DESARROLLO DEBIDO A DESNUTRICIÓN PROTEICOALÓRICA	<input type="radio"/> P <input checked="" type="radio"/> D <input type="radio"/> O <input type="radio"/> R	<input type="text" value="TE"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	 
R620 - RETARDO DEL DESARROLLO	<input type="radio"/> P <input type="radio"/> D <input checked="" type="radio"/> O <input type="radio"/> R	<input type="text" value="MOT"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	 

Si se desea agregar otra actividad, en el desplegable Buscar Dx se puede buscar por código CIE/CPT o descripción.

Buscar Dx

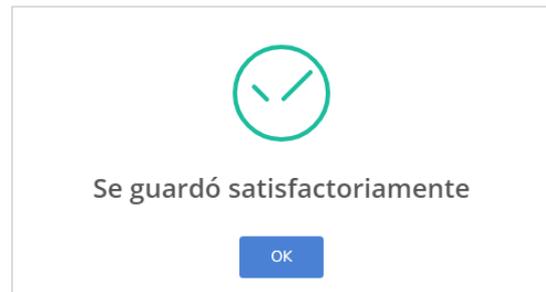
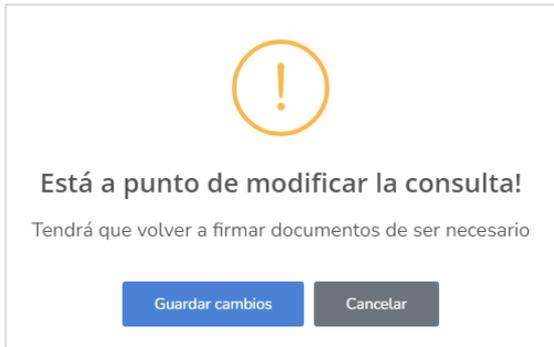
Seleccionar Diagnóstico

- [PL] 84577 - UROBILINÓGENO EN HECES, CUANTITATIVO
- [PL] 87071 - CULTIVO BACTERIAL, CUANTITATIVO, AERÓBICO, CON AISLAMIENTO E IDENTIFICACIÓN PRESUNTATIVA DE CEPAS, CUALQUIER FUENTE EXCEPTO ORINA, SANGRE O HECES
- [PL] 87073 - CULTIVO BACTERIAL, CUANTITATIVO, ANAERÓBICO, CON AISLAMIENTO E IDENTIFICACIÓN PRESUNTATIVA DE CEPAS, CUALQUIER FUENTE EXCEPTO ORINA, SANGRE O HECES
- [PL] 87177.01 - ESTUDIO PARASITOLÓGICO EN HECES POR 3 
- [PL] 87338 - DETECCIÓN DE ANTÍGENOS DE AGENTE INFECCIOSO MEDIANTE TÉCNICA DE INMUNOENSAYO ENZIMÁTICO, CUANTITATIVO O SEMICUANTITATIVO, MÉTODO DE VARIOS PASOS: HEI/COBACTER PYI ORI EN HECES

Se selecciona el deseado y se agrega en la lista.

E45X - RETARDO DEL DESARROLLO DEBIDO A DESNUTRICIÓN PROTEICOALÓRICA	<input type="radio"/> P <input checked="" type="radio"/> D <input type="radio"/> O <input type="radio"/> R	<input type="text" value="TE"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	 
R620 - RETARDO DEL DESARROLLO	<input type="radio"/> P <input type="radio"/> D <input checked="" type="radio"/> O <input type="radio"/> R	<input type="text" value="MOT"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	 
87177.01 - ESTUDIO PARASITOLÓGICO EN HECES POR 3	<input type="radio"/> P <input type="radio"/> D <input type="radio"/> O <input type="radio"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Se marca el tipo de diagnóstico y para guardar se presiona  y se confirma el mensaje de modificación de cambios. Se confirmará



Para eliminar un registro, se presiona el botón  se confirma el mensaje y se eliminará el registro.

Después de las ediciones de códigos CIE/CPT no es necesario volver a presionar el botón.



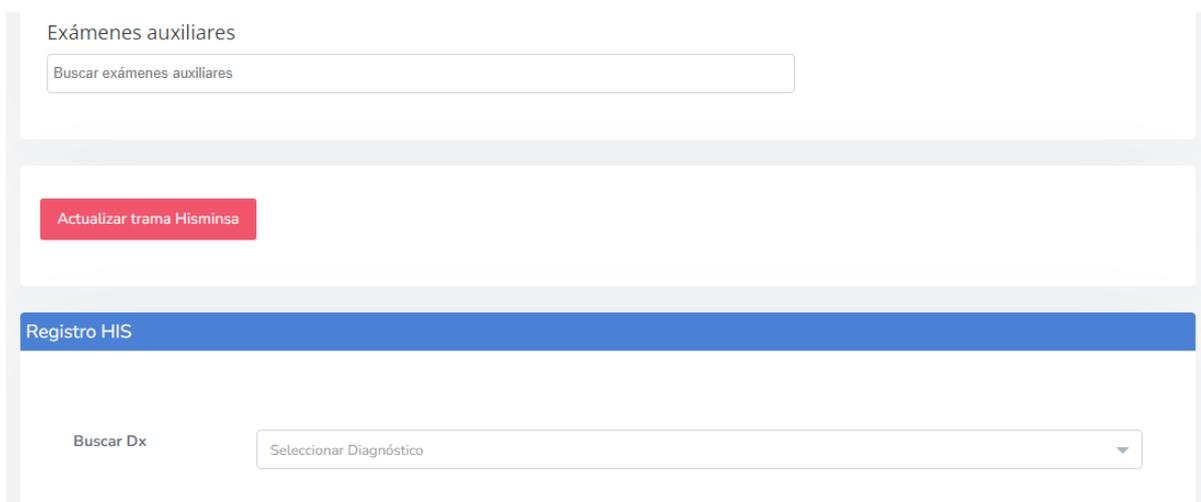
Solo si se editaron datos en otras secciones de la atención.

1.2.7. Ediciones de atenciones Migradas a HISMINSA

Cuando las atenciones han sido migradas al HISMINSA, se visualiza el botón Actualizar trama HISMINSA.

Una vez editada la atención en CREd se puede actualizar la atención registrada en HISMINSA, presionando ese botón

IMPORTANTE: Es importante mencionar que el botón solo se visualizará en caso la atención corresponda al usuario que generó la atención.



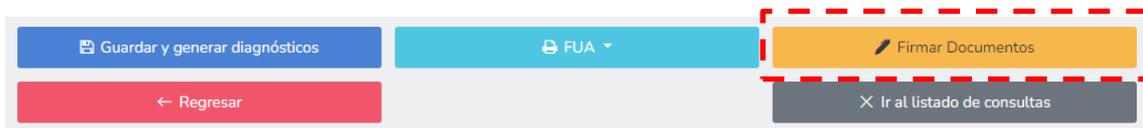
1.2.8. Emisión de Reportes de la atención

Una vez terminada la atención se pueden descargar los reportes resultados de la atención presionando el botón Imprimir Reportes.



1.2.9. Firma digital

Si el usuario, tiene el rol de Firma del profesional y puede firmar digitalmente, los botones que se visualizan al final de la atención son los siguientes:



Al presionar el botón Firmar documentos, se visualiza la siguiente ventana

Se marcar con check los documentos que se desean firmar, y se presiona Firmar Ahora

FIRMA DIGITAL DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS DEL SIHCE X

Personal que atiende:

Tipo y Nro doc Paciente: DNI:

Paciente:

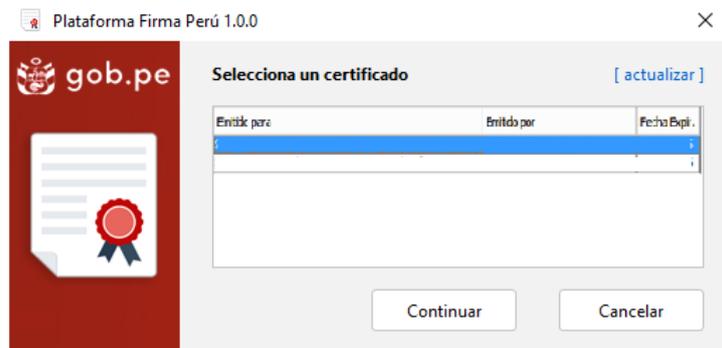
Servicio de atención: 280101

<input type="checkbox"/>	#	Nombre	Estado	Fecha y hora de firma	Ver
<input checked="" type="checkbox"/>	1	FORMATO DE SOLICITUD DE PRODUCTOS A FARMACIA	Sin firmar	-	
<input checked="" type="checkbox"/>	2	CONSULTA_CRED	Sin firmar	-	
<input checked="" type="checkbox"/>	3	ORDEN DE LABORATORIO	Sin firmar	-	

[Firmar Ahora](#)

Nota: Para descargar los documentos de la atención, se presiona el icono

Se presiona continuar:



Se ingresa el PIN:



Se visualiza la ventana que el proceso de firma fue completado exitosamente.



2 VACUNAS

[Editar paciente](#)
[Antecedentes](#)
[Control CRED](#)
[Vacunas](#)
[Seguimiento por riesgo en el crecimiento/desarrollo](#)
[Prestaciones adicionales de salud](#)

Dirección al calendario de vacunación del niño o niña.

Para mayor detalle en el registro, puede ingresar al manual de Inmunizaciones

	R.N.	2 meses	4 meses	5 meses	6 meses	8 meses	12 meses
HvB RN	✓ 18/01/23						
BCG	✓ 18/01/23						
Pentavalente HvB, Hib, DPT		✓ 24/03/23	✓ 10/06/23		10/08/23		
HvB Pediátrico							
HIB							
Polio		✓ 24/03/23	✓ 10/06/23		10/08/23		
Rotavirus		✓ 24/03/23	✓ 10/06/23				
Neumococo		✓ 24/03/23	✓ 10/06/23				10/02/24
Influenza pediátrica			✓ 10/06/23	10/07/23			
SPR							programada
Varicela							programada
AMA							
HvA							
DPT							
HvB Adulto							
DT adulto							
Influenza adulto							
SR							
VPH							
Tdap							
COVID-19							

Programada según Esquema de vacunación
Vacuna atrasada
Administrada
Próxima dosis con cita
¡Vacunar hoy!
Extramural
HIS Minsa

[REGRESAR](#)

3. SEGUIMIENTO POR RIESGO EN EL CRECIMIENTO / DESARROLLO

Editar paciente
Antecedentes
Control CRED
Vacunas

Seguimiento por riesgo en el crecimiento/desarrollo

Prestaciones adicionales de salud

3.1. PRIMERA PARTE

Cabecera con datos del Paciente

	PACIENTE	TIPO DOC.	N° DOC.	EDAD	CNV	FECHA DE NACIMIENTO
		DNI		8 meses y 13 días	99999999 9	

3.2.1. Consulta

Las casillas con (*) son datos que deben registrarse obligatoriamente

Consulta

Fecha atención(*)	<input type="text" value="15/08/2023"/>	Hora atención(*)	<input type="text" value="15:12"/>	<input type="checkbox"/> Es extramural	Edad atención(*)	<input type="text" value="3 meses"/>
Motivo consulta	<input style="width: 100%;" type="text"/>					

3.2.2. Signos vitales y medidas antropométricas

Las casillas con (*) son datos que deben registrarse obligatoriamente

Signos vitales y medidas antropométricas

Talla (*)	<input type="text"/>	cm	Temperatura	<input type="text"/>	°C	PC	<input type="text"/>	cm
Peso (*)	<input type="text"/>	gr	FC	<input type="text"/>	x min	FR	<input type="text"/>	x min

3.2.3. Último examen de hemoglobina

Se visualiza el resultado del último examen registrado

Último examen de hemoglobina

Examen	<input type="text" value="Hemoglobina"/>	Resultado	<input type="text" value="10.30"/>	Resultado ajustado	<input type="text" value="10.00"/>	Fecha	<input type="text" value="03/07/2023"/>
--------	--	-----------	------------------------------------	--------------------	------------------------------------	-------	---

Guardar
Regresar



3.2. SEGUNDA PARTE

Cabecera con datos del Paciente

	PACIENTE	TIPO DOC.	N° DOC.	EDAD	CNV	FECHA DE NACIMIENTO
	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>	8 meses y 13 días	99999999	<input type="text"/>

3.2.1. Evaluación nutricional y del desarrollo

Evaluación nutricional y del desarrollo

Gráfica P/T	Gráfica P/E	Gráfica T/E	TEPSI
Ganancia de Peso	Perímetro Cefálico	Test de Desarrollo	Evaluación del desarrollo psicomotor

Peso para talla

Obesidad

Sobrepeso

Normal

Desnutrición aguda

Desnutrición severa

Peso para edad

Sobrepeso

Normal

Desnutrición

Riesgo nutricional (Ganancia inadecuada de peso)

Sí

No

Talla para edad

Alto

Normal

Talla baja

Riesgo nutricional (Ganancia inadecuada de talla)

Sí

No

Condición de desarrollo psicomotor

Riesgo para el desarrollo

Normal

Transtorno del desarrollo

Observación

Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo

3.2.2. Laboratorio

Laboratorio

Agregar
Ocultar resumen

Examen	6 Meses
Hemoglobina	<div style="border: 1px solid #ccc; padding: 2px; display: inline-block;"> 15/08/2023 11.00 11.00 </div>



3.2.3. Intervenciones

Intervenciones

Suplementación de hierro y vitamina A / Sulfato ferroso / Polimaltosado férrico

Formas de presentación

Formas de presentación	Total prescrito durante todos sus controles anteriores	Prescrito en la última visita	Número de entrega	Cantidad consumida desde la última visita	Cantidad a prescribir
Multi Micro Nutrientes	<input type="checkbox"/> 0 Sobres	<input type="text"/> Sobres	<input type="text"/>	<input type="text"/> Sobres	<input type="text"/> Sobres

Administración de Profilaxis Antiparasitaria

3.2.4. Registro HIS

Registro HIS

Buscar Dx

Seleccionar Diagnóstico

Diagnóstico Sugerido	Tipo Diagnostico	Lab 1	Lab 2	Lab 3	Observación	Confirmar
Z001 - CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	<input type="radio"/> P <input checked="" type="radio"/> D <input type="radio"/> R	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Guardar"/> <input type="button" value="Eliminar"/>

El proceso de guardado y edición es el mismo que en CONTROL CREd, [Ver página 26](#)

4. PRESTACIONES ADICIONALES DE SALUD

Editar paciente Antecedentes Control CRED Vacunas Seguimiento por riesgo en el crecimiento/ desarrollo **Prestaciones adicionales de salud**

Al presionar el botón  se visualiza la ventana de Agregar prestaciones de salud

Prestaciones de salud						
	1	2	3	4	5	6
Atención temprana del desarrollo						
Orientación en salud bucal						
Sesión educativa						
Sesión demostrativa						
Visita domiciliaria						

Las prestaciones son:

- *Atención temprana del desarrollo
- *Orientación en salud bucal
- *Sesión educativa
- *Sesión demostrativa
- *Visita domiciliaria

Agregar prestación de salud ✕

Prestación de salud	fecha
Atención temprana del desarrollo	<input type="text" value="15/08/2023"/>





Prestaciones de salud						
	1	2	3	4	5	6
Atención temprana del desarrollo	 15/08/2023 3 meses					
Orientación en salud bucal	 15/08/2023 3 meses					
Sesión educativa						
Sesión demostrativa						
Visita domiciliaria						

V. ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS

Se puede realizar la actualización de tipo de documentos NO SE CONOCE a CNV/DNI y CNV a DNI:

Tipo de documento	Número de documento	CNV	Nombres	Apellidos	Fecha de Nacimiento	Acciones
CNV	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	02/05/2023	Editar Actualizar documento Antecedentes Atender

Cabecera

	PACIENTE	TIPO DOC.	N° DOC.	EDAD	CNV	FECHA DE NACIMIENTO
[Redacted]	[Redacted]	CNV	[Redacted]	5 meses y 4 días	[Redacted]	02/05/2023

Se busca el tipo y numero de documento al que se desea actualizar el paciente de la cabecera

Busque el paciente al que se moverá las atenciones del paciente con tipo documento CNV y número de documento [Redacted]

TIPO DOCUMENTO: DNI		NÚMERO DOCUMENTO: [Redacted]		PACIENTE: [Redacted]		FECHA DE NACIMIENTO: 06/01/2017		
Tipo documento	Número documento	Nombres	Apellidos	Tipo atención	Fecha atención	Número atención	Edad meses	Seleccionar atención
CNV	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	CRED	29/08/2023	3	3	<input type="checkbox"/>
CNV	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	CRED	19/09/2023	4	4	<input type="checkbox"/>
DNI	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	CRED	03/10/2023	5	5	<input checked="" type="checkbox"/>

[Actualizar](#)

Datos del paciente que se busca actualizar

Atenciones del paciente que se desea actualizar su tipo de documento

*Atenciones del paciente con tipo y número de documento al que se busca actualizar.



Se deben marcar el check de las atenciones del paciente que se desea actualizar su tipo de documento para que se puedan incluir en la actualización del nuevo tipo de documento.

Al presionar el botón  se solicitará la confirmación de la actualización



¿Está seguro que desea actualizar las atenciones del paciente?

Esta funcionalidad moverá las atenciones seleccionadas del paciente Indocumentado/CNV al paciente con CNV/DNI

También moverá los antecedentes en caso el paciente con CNV/DNI no posea ninguno.

Las atenciones del paciente Indocumentado/CNV no seleccionadas se eliminarán.

[Sí](#) [No](#)

Si se confirma, se visualizará el siguiente mensaje

Búsqueda de pacientes La actualización fue realizado con éxito

DNI

Buscar por número de dc

Buscar

Las atenciones se visualizarán en el listado de atenciones



PACIENTE

TIPO DOC.

DNI

Nº DOC.

99999999

EDAD

6 años y 9 meses

CNV

99999999

FECHA DE NACIMIENTO

06/01/2017

Editar paciente

Antecedentes

Control CRED

Vacunas

Seguimiento por riesgo en el crecimiento/desarrollo

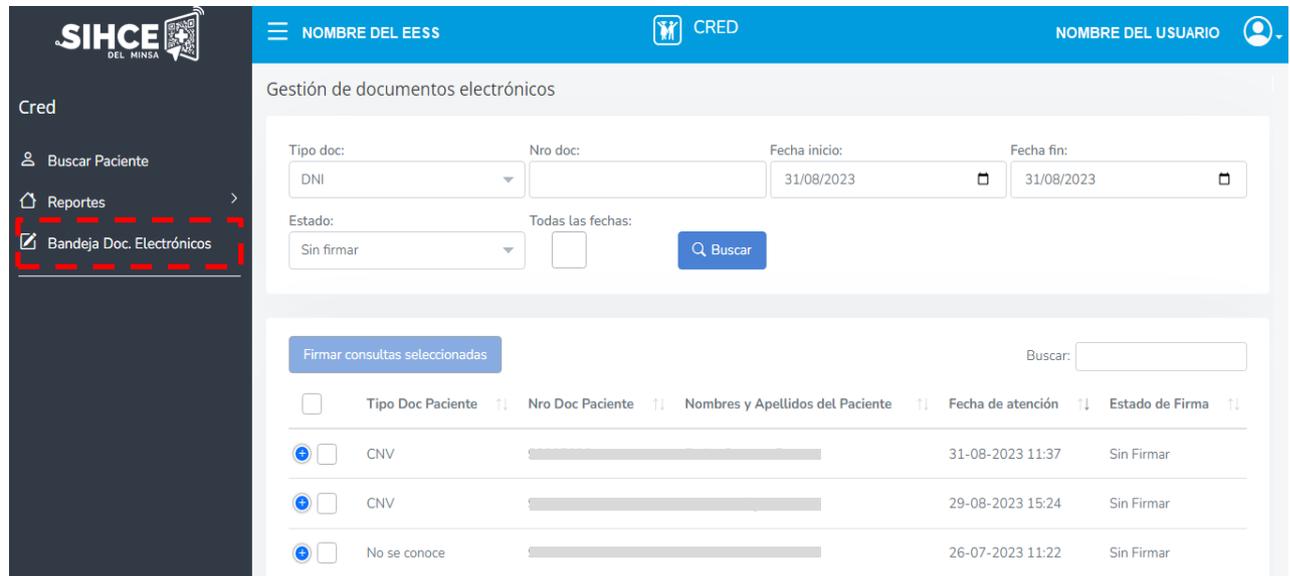
Prestaciones adicionales de salud

Consultas CRED

0 años		1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	6 años	7 años	8 años	9 años	10 años	11 años
0 a 29 días	1 a 11 meses	12 a 23 meses	24 a 35 meses	36 a 47 meses	48 a 59 meses							
	<div style="background-color: #28a745; color: white; padding: 2px 5px; border-radius: 3px; margin-bottom: 2px;">CRED Nº 3 18-08-2023</div> <div style="background-color: #28a745; color: white; padding: 2px 5px; border-radius: 3px;">CRED Nº 3 29-08-2023</div>						CRED Nº 1 04-09-2023					

VI. BANDEJA DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

Para usuarios con rol de Firma del profesional y Bandeja de documentos electrónicos.



SIHCE DEL MINSA

CREC

Gestión de documentos electrónicos

Tipo doc: DNI | Nro doc: | Fecha inicio: 31/08/2023 | Fecha fin: 31/08/2023

Estado: Sin firmar | Todas las fechas: | **Buscar**

Firmar consultas seleccionadas | Buscar:

<input type="checkbox"/>	Tipo Doc Paciente	Nro Doc Paciente	Nombres y Apellidos del Paciente	Fecha de atención	Estado de Firma
<input checked="" type="checkbox"/>	CNV			31-08-2023 11:37	Sin Firmar
<input checked="" type="checkbox"/>	CNV			29-08-2023 15:24	Sin Firmar
<input checked="" type="checkbox"/>	No se conoce			26-07-2023 11:22	Sin Firmar

La búsqueda se puede realizar por fecha y por estado.

Fecha inicio: | Fecha fin:

Estado:

- Sin firmar
- Todos
- Sin firmar
- Firmado
- En proceso

Al marcar el check **Todas las fechas:** realizará la búsqueda en todas las fechas del estado seleccionado

Al seleccionar se desplegará el botón Firma Docs

<input type="checkbox"/>	Tipo Doc Paciente	Nro Doc Paciente	Nombres y Apellidos del Paciente	Fecha de atención	Estado de Firma
<input checked="" type="checkbox"/>	CNV	98985698	Pedro Guzman Perez	31-08-2023 11:37	Sin Firmar

Acciones: **Firmar Docs**

Para firmar seguir los pasos de Firma Digital, [Ver página 29](#)



VII.REPORTES

1. REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

REGISTRO DE SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

FOLIO																													
HCL	PLAN AIS		INMUNIZACIONES																										
CUVDNI	Elab	Ejec	BCG	HVB	IPV		APO			PENTAVALENTE		NEUMOCO		ROTAVIRUS		INFLUENZA		SPR		AMA	DPT		APO		OTROS				
			RN	RN	1°	2°	1°	1°	2°	3°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	1°	2°	
COD.AFI L.SIS																						1°Ref	2°Ref	1°Ref	2°Ref				
NOMBRES Y APELLIDOS			ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO							SUPLEMENTACIÓN CON NUTRIENTES																			
CARLOS ZUÑIGA ACERO			RECIENTE NACIDO				MENOR DE 01 AÑO											01 AÑO											
			1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	1°	2°	3°	4°								
FECHA NAC.																													
02/05/23																													
MADRE																													
PADRE			CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO																										
			02 AÑOS				03 AÑOS				04 AÑOS				05 AÑOS	MENOR DE 01 AÑO					01 AÑO								
			1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	1°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	1°	2°	3°	4°			
DIRECCIÓN Y REFERENCIA			CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO												ATENCIÓN TEMPRANA DEL DESARROLLO														
Jr Mariano Melgar 799			02 AÑO				03 AÑOS				GOTAS				MICRONUTRIENTES														
			1°	2°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°					
TIPO DE RIESGO			DESCARTE DE ENFERMEDADES PREVALENTES												ATENCIÓN POR MORBILIDAD IRA,EOA,ANEMIA,PARASITOS,EMERGENCIA Y					ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES Y DE SEGUIMIENTO									
			Tamizaje Neonatal				Anemia					Parásitos																	
			TSH	FC	FQ	HSR	Dosaje de hemoglobina					Examen seriado heces																	
PROGRAMA SOCIAL																													



2. REPORTE DE ATENCIÓN

CONSULTA														
Fecha: 03/10/2023			Hora: 2:06 PM			Edad: 0 año(s) 5 mes(es)								
Descarte de signos de peligro: (marcar los hallazgos)					IDENTIFIQUE FACTORES DE RIESGO									
MENOR DE 2 MESES: No quiere mamar, ni succiona <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Fontanela abombada <input type="checkbox"/> Enrojecimiento del ombligo se extiende de la piel <input type="checkbox"/> Fiebre o temperatura baja <input type="checkbox"/> Rigidez de la nuca <input type="checkbox"/> Pústulas muchas y extensas <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/>					DE 2 MESES A 4 AÑOS: No puede beber o tomar el pecho <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Letárgico o comatoso <input type="checkbox"/> Vomito todo <input type="checkbox"/> Estridor en reposo/liraje subcostal <input type="checkbox"/>					PARA TODAS LAS EDADES: Emaciación visible grave <input type="checkbox"/> Piel vuelve muy lentamente <input type="checkbox"/> Traumatismo/Quemaduras <input type="checkbox"/> Palidez palmar intensa <input type="checkbox"/> No presenta signos <input type="checkbox"/>				
					¿Quién cuida al niño? <input type="checkbox"/> ¿Participa el padre en el cuidado del niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿El niño recibe muestras de afecto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique:									
ANAMNESIS														
1. Motivo de la consulta: Control de crecimiento y desarrollo														
Tiempo de enfermedad: Forma de inicio: Curso:														
Signos vitales		T°:	PA:	FC (x'):	FR (x'):	Peso (gr):	5000.0	Talla (cm):	50.0	PC (cm):				
Examen físico		General	C	Cabeza	C	Columna vertebral	C	Extremidades	C	Genitourinario	C			
		Cabello	C	Cara	C	Ano	C	Cuello	C	Piel y anexos	C			
		Torax	C	Abdomen	C	Examen neurológico	C							
Diagnóstico														
A. Diagnóstico Nosológico o Síndromico					2. Condición de crecimiento y estado nutricional			3. Diagnóstico del desarrollo psicomotor						
1. Z001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO					D			Riesgo para el desarrollo						
2. 99381 ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CREG MENOR DE 1 AÑO					D			Normal						
3. E689 OBESIDAD					D PT			Trastorno del desarrollo						
4. E440 DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA					D PE			Observaciones:						
5. E45X RETARDO DEL DESARROLLO DEBIDO A DESNUTRICIÓN PROTEICOALÓRICA					D TE									
6. 99199.17 SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO					D SF4									
7. 99403.01 CONSEJERÍA NUTRICIONAL: ALIMENTACIÓN SALUDABLE					D 4									
B. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo					Desnutrición			X X						
					Sobrepeso									
					Obesidad			X						
Tratamiento														
Sulfato ferroso		2 mg/Kg/día	8.00 Gotas al día	por 2 mes(es)	Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño									
Exámenes auxiliares														
Hemoglobina		Referencia (lugar y motivo):												
Próxima cita: 02/11/2023 Atendido por:														
Observación:			Firma y sello				Colegio profesional							
APELLIDOS Y NOMBRES:					N° DE HISTORIA CLINICA:									



3. SOLICITUD A DE PRODUCTOS A FARMACIA

<p>SOLICITUD DE PRODUCTOS A FARMACIA</p> <p>Establecimiento de Salud: MANUEL BARRETO</p> <p>DATOS DEL PACIENTE O USUARIO Nombres y apellidos: CARLOS Cod. de asegurado (de corresponder): Tipo documento: CNV N° documento: Historia Clínica: Edad: 5 meses 1 día Diagnóstico: CIE 10: 2001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO (Definitivo/Presuntivo): D</p> <p>TIPO DE USUARIO Demanda <input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> Intervenciones Sanitarias <input checked="" type="checkbox"/> Otro</p> <p>TIPO DE ATENCIÓN (CONTROL) Inmunizaciones <input type="checkbox"/> CRED <input checked="" type="checkbox"/> Planificación Familiar <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>PRODUCTOS SOLICITADOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)</th> <th>Present.</th> <th>Concentración</th> <th>Forma Farmacéutica</th> <th>Cant.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sulfato ferroso</td> <td>30ml</td> <td>25mg de Fe/ml x 30ml</td> <td>SOLUCIÓN</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">03/10/2023</p> <p>Sello Firma / Col. Profesional Fecha de atención Recibido</p>	Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Present.	Concentración	Forma Farmacéutica	Cant.	Sulfato ferroso	30ml	25mg de Fe/ml x 30ml	SOLUCIÓN	1	<p>SOLICITUD DE PRODUCTOS A FARMACIA</p> <p>Establecimiento de Salud: MANUEL BARRETO</p> <p>DATOS DEL PACIENTE O USUARIO Nombres y apellidos: CARLOS Cod. de asegurado (de corresponder): Tipo documento: CNV N° documento: Historia Clínica: Edad: 5 meses 1 día Diagnóstico: CIE 10: 2001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO (Definitivo/Presuntivo): D</p> <p>TIPO DE USUARIO Demanda <input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> Intervenciones Sanitarias <input checked="" type="checkbox"/> Otro</p> <p>TIPO DE ATENCIÓN (CONTROL) Inmunizaciones <input type="checkbox"/> CRED <input checked="" type="checkbox"/> Planificación Familiar <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>PRODUCTOS SOLICITADOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)</th> <th>Present.</th> <th>Concentración</th> <th>Forma Farmacéutica</th> <th>Cant.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sulfato ferroso</td> <td>30ml</td> <td>25mg de Fe/ml x 30ml</td> <td>SOLUCIÓN</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">03/10/2023</p> <p>Sello Firma / Col. Profesional Fecha de atención Recibido</p>	Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Present.	Concentración	Forma Farmacéutica	Cant.	Sulfato ferroso	30ml	25mg de Fe/ml x 30ml	SOLUCIÓN	1	<p>SOLICITUD DE PRODUCTOS A FARMACIA</p> <p>Establecimiento de Salud: MANUEL BARRETO</p> <p>DATOS DEL PACIENTE O USUARIO Nombres y apellidos: CARLOS Cod. de asegurado (de corresponder): Tipo documento: CNV N° documento: Historia Clínica: Edad: 5 meses 1 día Diagnóstico: CIE 10: 2001 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO (Definitivo/Presuntivo): D</p> <p>TIPO DE USUARIO Demanda <input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> Intervenciones Sanitarias <input checked="" type="checkbox"/> Otro</p> <p>TIPO DE ATENCIÓN (CONTROL) Inmunizaciones <input type="checkbox"/> CRED <input checked="" type="checkbox"/> Planificación Familiar <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>PRODUCTOS SOLICITADOS</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)</th> <th>Present.</th> <th>Concentración</th> <th>Forma Farmacéutica</th> <th>Cant.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sulfato ferroso</td> <td>30ml</td> <td>25mg de Fe/ml x 30ml</td> <td>SOLUCIÓN</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right;">03/10/2023</p> <p>Sello Firma / Col. Profesional Fecha de atención Recibido</p>	Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Present.	Concentración	Forma Farmacéutica	Cant.	Sulfato ferroso	30ml	25mg de Fe/ml x 30ml	SOLUCIÓN	1
Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Present.	Concentración	Forma Farmacéutica	Cant.																												
Sulfato ferroso	30ml	25mg de Fe/ml x 30ml	SOLUCIÓN	1																												
Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Present.	Concentración	Forma Farmacéutica	Cant.																												
Sulfato ferroso	30ml	25mg de Fe/ml x 30ml	SOLUCIÓN	1																												
Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Present.	Concentración	Forma Farmacéutica	Cant.																												
Sulfato ferroso	30ml	25mg de Fe/ml x 30ml	SOLUCIÓN	1																												

4. ORDEN DE LABORATORIO



ORDEN DE LABORATORIO

DATOS DEL PACIENTE		
EESS: MANUEL BARRETO		
T. Doc.:	CNV	Fecha sol.: 03/10/2023
N° Doc.:		DNI de la madre:
Nombres y apellidos:		Nombres y apellidos:
Fec. nacimiento:	02/05/2023	Sexo: Masculino
PRUEBAS DE LABORATORIO		
N°	CÓDIGO CPT	NOMBRE CPT
1	85018	Hemoglobina
03/10/2023		Válido hasta
Sello Firma / Col.	Fecha de atención	Válido hasta

