

Sistema de Información de Historia Clínica Electrónica



MANUAL DE USUARIO:  
**MÓDULO**  
**INMUNIZACIONES**

2024



PERÚ

Ministerio  
de Salud

## **PRESENTACIÓN**

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 interopera 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

## CONTENIDO

I.	INGRESO AL SISTEMA .....	4
II.	INICIO DEL MÓDULO DE INMUNIZACIONES .....	5
	OPCIONES DEL MÓDULO.....	5
III.	AÑADIR Y/O BUSQUEDA .....	6
1.	Crear nuevo.....	6
2.	Búsqueda por nombres.....	6
IV.	REGISTRO DE VACUNAS.....	7
	CALENDARIO DE VACUNACIÓN.....	8
1.	CABECERA.....	9
1.1.	EDITAR PACIENTE .....	9
1.2.	VACUNAS HISMINSA .....	10
1.3.	ANTECEDENTES .....	10
2.	LISTADO DE REGISTRO DE VACUNAS .....	12
	REGISTRO DE DOSIS DE VACUNAS .....	13
1.	REGISTRO DE DOSIS ES LA FECHA ACTUAL .....	13
2.	REGISTRO DE DOSIS ES UNA FECHA ANTERIOR .....	14
3.	REGISTRO DE VACUNA VPH .....	15
	EMISIÓN DE CARNET DE VACUNACIÓN .....	16
	FIRMA DIGITAL .....	17
V.	BANDEJA DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS.....	19
VI.	REPORTES .....	20
1.	CARNÉ DE VACUNACIÓN.....	20
2.	REPORTE DE ATENCIÓN FIRMA DIGITAL.....	20
3.	REPORTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.....	21
	Registro Diario de Vacunación y Seguimiento de la Niña y el Niño Menor de 5 años.....	21
	Registro Diario de Vacunación y Seguimiento de Mujer en edad Reproductiva (Mer), Influenza y otros grupos .....	21
	Reporte Analítico .....	21
	Registro Detallado de Vacunación del Establecimiento de Salud.....	22
	Reporte de Tamizaje de Anemia .....	22

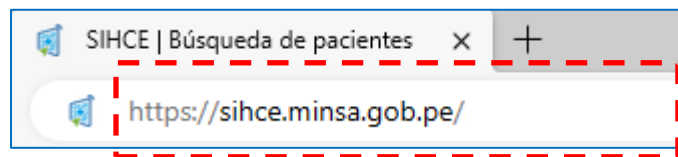


## MODULO DE INMUNIZACIONES

### 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 <http://sihce.minsa.gob.pe>



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



Ingrese su usuario y contraseña para acceder al sistema

Usuario

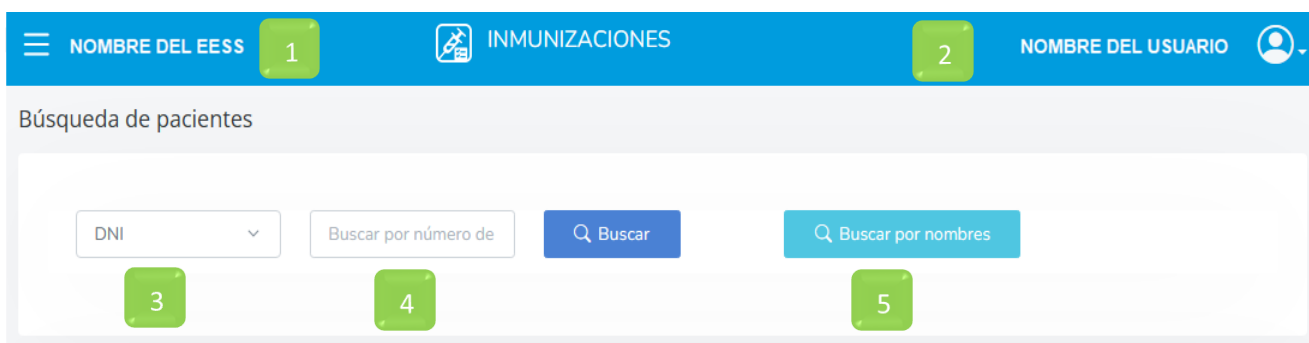
Contraseña

Ingresar

2022 © Oficina General de Tecnologías de Información MINSA

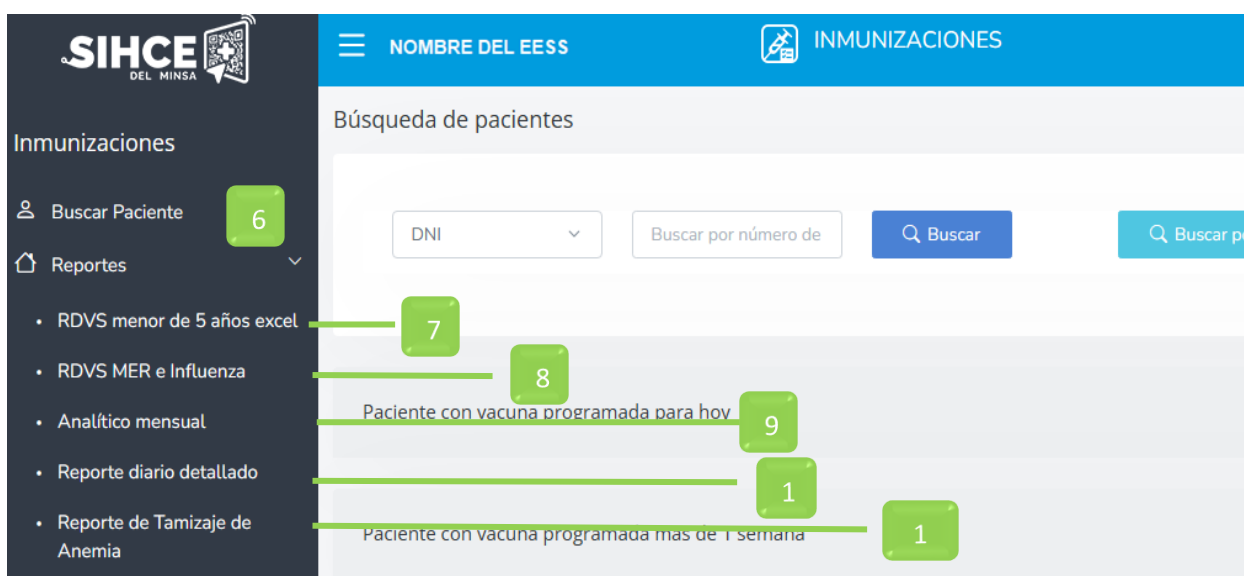
**Nota:** Si ingresa por primera vez, el usuario y contraseña es el DNI, y el sistema solicitará que registre su nueva contraseña.

## II. INICIO DEL MÓDULO DE INMUNIZACIONES



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. Botón de búsqueda por nombre.

### OPCIONES DEL MÓDULO



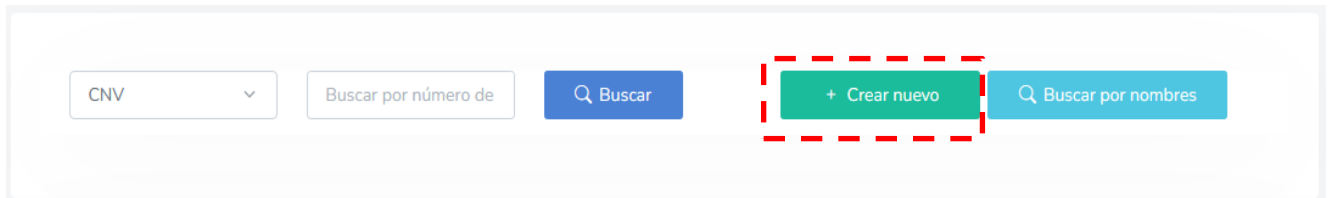
6. Volver a la página inicial del módulo.
7. Descarga reporte del registro de vacunación y seguimiento para niños menores de 5 años.
8. Descarga reporte del registro de vacunación y seguimiento de mujer en edad reproductiva.
9. Descarga reporte analítico detallado.
10. Descarga del reporte diario detallado.
11. Descarga del reporte de Tamizaje de anemia

Todos los reportes pueden descargarse hasta por un periodo de 2 meses.

### 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. Crear nuevo



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

Los campos con asterisco(\*) son obligatorios.

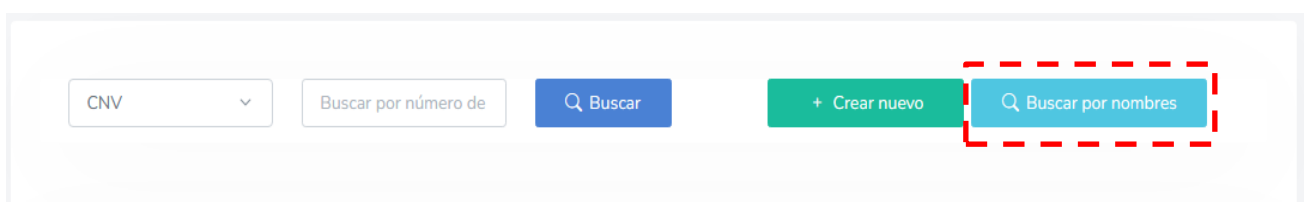
**Paciente**

**Datos generales**

Tipo de documento(*)	<input type="text" value="CNV"/>	Fecha de nacimiento(*)	<input type="text"/>
N° Archivo clínico	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>
N° CNV	<input type="text"/>	Género	<input type="text" value="-----"/>
Apellido paterno(*)	<input type="text"/>	Tipo de seguro(*)	<input type="text" value="USUARIO"/>
Apellido materno(*)	<input type="text"/>	Correo electrónico	<input type="text"/>
Nombres(*)	<input type="text"/>	Teléfono fijo	<input type="text"/>
País nacimiento(*)	<input type="text" value="PERU"/>		
Celular	<input type="text"/>		

**Datos de Domicilio Actual**

Departamento domicilio(*)	<input type="text" value="-----"/>	Provincia domicilio(*)	<input type="text"/>
Distrito domicilio(*)	<input type="text"/>		
Dirección actual	<input type="text"/>	Referencia domicilio	<input type="text"/>





BUSCAR POR NOMBRES Y APELLIDOS

Los campos con asterisco(\*) son obligatorios.

Apellido paterno(\*)

Apellido materno(\*)

Nombres

X Cancelar    Q Buscar

#### IV. REGISTRO DE VACUNAS

Búsqueda de pacientes

DNI    Buscar por número de    Q Buscar    Q Buscar por nombres

Tipo documento	Numero documento	CNV	Nombres y apellidos	Fecha nacimiento	Acciones
DNI	██████████	99999999	██	12/03/2022	Atender

Al presionar el botón Atender se accede al Calendario de Vacunación



### CALENDARIO DE VACUNACIÓN

♀ [Redacted] DNI [Redacted]

Fec Nac: 18/01/23  
8 meses 15 días

Antecedentes  
No

Reacciones a vacunas  
No

**ACCIONES** ▾

	R.N.	2 meses	4 meses	5 meses	6 meses	8 meses	12 meses
<input type="checkbox"/> Hvb RN	✓ 18/01/23						
<input type="checkbox"/> BCG	✓ 18/01/23						
<input type="checkbox"/> Pentavalente Hvb, Hib, DPT		✓ 24/03/23	✓ 10/06/23		10/08/23		
<input type="checkbox"/> Hvb Pediátrico							
<input type="checkbox"/> Hib							
<input type="checkbox"/> Polio		✓ 24/03/23	✓ 10/06/23		10/08/23		
<input type="checkbox"/> Rotavirus		✓ 24/03/23	✓ 10/06/23				
<input type="checkbox"/> Neumococo		✓ 24/03/23	✓ 10/06/23				10/02/24
<input type="checkbox"/> Influenza pediátrica			✓ 10/06/23	10/07/23			
<input type="checkbox"/> SPR							programada
<input type="checkbox"/> Varicela							programada
<input type="checkbox"/> AMA							
<input type="checkbox"/> Hva							
<input type="checkbox"/> DPT							
<input type="checkbox"/> Hvb Adulto							
<input type="checkbox"/> DT adulto							
<input type="checkbox"/> Influenza adulto							
<input type="checkbox"/> SR							
<input type="checkbox"/> VPH							
<input type="checkbox"/> Tdap							
<input type="checkbox"/> COVID-19							

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

● Extramural  
 ● HIS Minsa

**×** REGRESAR



## 1 CABECERA

Al presionar el botón Acciones se despliegan las opciones

♀ [Redacted] DNI [Redacted] Fec. Nac: 06/01/17 Antecedentes No Reacciones a vacunas No

6 años 9 meses 0 días

ACCIONES ▾

EDITAR PACIENTE VACUNAS HISMINSA EDITAR ANTECEDENTES IMPRIMIR

1 2 3

### 1.1. EDITAR PACIENTE

Se puede editar los datos del paciente, solo de las casillas desbloqueadas

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

Paciente: ZOE ARIANA RODRIGUEZ TUANAMA Fecha de nac: 06/01/2017

Los campos con asterisco(\*) son obligatorios.

Tipo de documento(*) DNI	N° HC 90048574	N° AC
Nro de documento [Redacted]	N° CNV 99999999	
Nombres ZOE ARIANA	Apellido paterno RODRIGUEZ	
Apellido materno TUANAMA	Género Femenino	
Tipo de seguro SIS	Etnia Mestizo	
País nacimiento(*) PERU	Idioma Castellano	
Direccion reniec [Redacted]		
Departamento domicilio(*) Lima	Provincia domicilio(*) Lima	Distrito domicilio(*) Magdalena del Mar
Dirección actual JR CUSCO 510 6TO PISO VIVIENDA ALQUILADA		
Sector [Redacted]	Teléfono fijo [Redacted]	
Manzana [Redacted]	Lote [Redacted]	Celular 971120467
Visita domiciliaria [Redacted]	Correo electrónico [Redacted]	

GUARDAR CANCELAR

### 1.2. VACUNAS HISMINSA

Las vacunas que han sido registradas en HISMINSA, se podrán visualizar en la siguiente Ventana, las que es posible marcar con el check, son las que se importarán al calendario de vacunación del SIHCE

Vacunas del paciente registradas en HISMINSA						
<input checked="" type="checkbox"/>	Vacuna	Dosis HIS	Dosis equivalente	Fecha	EESS de vacunación	Personal vacunador
<input checked="" type="checkbox"/>	Vacuna Antisarampion. Paperas y Rubéola (SPR)	2	2	28/06/2023	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO CASA GRANDE	44350510
<input checked="" type="checkbox"/>	Vacuna Antipoliomielitica (APO)	DA	DA1	28/06/2023	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO CASA GRANDE	44350510
<input type="checkbox"/>	Vacuna Antiamarilica (AMA)	1	1	28/06/2023	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO CASA GRANDE	44350510
<input checked="" type="checkbox"/>	Vacuna contra la Influenza Pediátrico	1	R	11/05/2023	CENTRO MEDICO ESPECIALIZADO CASA GRANDE	44350510
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra DPT - HVB - Hib (Pentavalente)	3		17/01/2022	JEQUETEPEQUE	46173120
<input type="checkbox"/>	Vacuna Antipoliomielitica (IPV)	2		20/11/2021	JEQUETEPEQUE	47481200
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra Rotavirus	2		20/11/2021	JEQUETEPEQUE	47481200
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra DPT - HVB - Hib (Pentavalente)	2		20/11/2021	JEQUETEPEQUE	47481200
<input type="checkbox"/>	Vacuna Antineumocócica	2		20/11/2021	JEQUETEPEQUE	47481200

### 1.3. ANTECEDENTES

Antecedentes de personas menores de 18 años

ANTECEDENTES ✕

Los campos con asterisco(\*) son campos requeridos.

¿La persona a vacunar está enferma hoy?  SI  NO  NO SABE

¿La persona a vacunar ha tenido una reacción importante a alguna vacuna?  SI  NO  NO SABE

¿La persona es alérgica a medicamentos y/o alimentos?  SI  NO  NO SABE

¿La persona ha tenido convulsiones o algún problema cerebral?  SI  NO  NO SABE

¿La persona tiene cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmune?  SI  NO  NO SABE

¿La persona convive con personas de edad avanzada o con cáncer, trasplantes o alguna otra circunstancia que afecte a la inmunidad?  SI  NO  NO SABE

En el último año, ¿la persona ha recibido una transfusión sanguínea, de productos hemáticos o inmunoglobulinas?  SI  NO  NO SABE

¿La persona ha tomado corticoides o medicamentos anticancerosos o ha recibido tratamiento con radioterapia en los últimos 3 meses?  SI  NO  NO SABE

¿La persona tiene alguna otra enfermedad crónica?  SI  NO  NO SABE

➤ GUARDAR

✕ CANCELAR



### Antecedentes de personas de género masculino de 18 años a más

ANTECEDENTES

Los campos con asterisco(\*) son campos requeridos.

¿La persona a vacunar está enferma hoy?  SI  NO  NO SABE

¿La persona a vacunar ha tenido una reacción importante a alguna vacuna?  SI  NO  NO SABE

¿La persona es alérgica a medicamentos y/o alimentos?  SI  NO  NO SABE

¿La persona ha tenido convulsiones o algún problema cerebral?  SI  NO  NO SABE

¿La persona tiene cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmune?  SI  NO  NO SABE

¿La persona convive con personas de edad avanzada o con cáncer, trasplantes o alguna otra circunstancia que afecte a la inmunidad?  SI  NO  NO SABE

En el último año, ¿la persona ha recibido una transfusión sanguínea, de productos hemáticos o inmunoglobulinas?  SI  NO  NO SABE

¿La persona ha tomado corticoides o medicamentos anticancerosos o ha recibido tratamiento con radioterapia en los últimos 3 meses?  SI  NO  NO SABE

¿La persona es personal de salud? (\*)  Si  No

¿La persona tiene alguna otra enfermedad crónica?  SI  NO  NO SABE

**Se agrego pregunta**

**GUARDAR** **CANCELAR**

### Antecedentes de personas de género femenino mayores de 10 años a más

ANTECEDENTES

Los campos con asterisco(\*) son campos requeridos.

¿La persona a vacunar está enferma hoy?  SI  NO  NO SABE

¿La persona a vacunar ha tenido una reacción importante a alguna vacuna?  SI  NO  NO SABE

¿La persona es alérgica a medicamentos y/o alimentos?  SI  NO  NO SABE

¿La persona ha tenido convulsiones o algún problema cerebral?  SI  NO  NO SABE

¿La persona tiene cáncer, leucemia, SIDA o cualquier otro problema del sistema inmune?  SI  NO  NO SABE

¿La persona convive con personas de edad avanzada o con cáncer, trasplantes o alguna otra circunstancia que afecte a la inmunidad?  SI  NO  NO SABE

En el último año, ¿la persona ha recibido una transfusión sanguínea, de productos hemáticos o inmunoglobulinas?  SI  NO  NO SABE

¿La persona ha tomado corticoides o medicamentos anticancerosos o ha recibido tratamiento con radioterapia en los últimos 3 meses?  SI  NO  NO SABE

¿La persona está embarazada o existe la posibilidad de que se quede embarazada en las próximas 4 semanas?  SI  NO  NO SABE

¿La persona es personal de salud? (\*)  Si  No

¿La persona tiene alguna otra enfermedad crónica?  SI  NO  NO SABE

**Se agrego pregunta**

**GUARDAR** **CANCELAR**

Al marcar un antecedente, en la cabecera cambia el detalle de NO a SI

Fec Nac:06/10/13 10 años 0 meses 0 días	<b>Antecedentes</b> Sí	Reacciones a vacunas No
--	---------------------------	----------------------------



## 2 LISTADO DE REGISTRO DE VACUNAS

Columnas de la edad del paciente expresada en meses y/o años  
Varían conforme a la edad del paciente y registro de dosis de cada vacuna

	R.N.	2 meses	6 meses	7 meses	12 meses	15 meses	18 meses	4 años
+ HVB RN	atrasada							
- BCG	atrasada							
Acción								
+ Pentavalente Hvb, Hib, DPT		atrasada						
+ Hvb Pediátrico								

Columna que muestra las vacunas disponibles para registro en el calendario de vacunación

	R.N.	2 meses	6 meses
+ Hvb RN	atrasada		
+ BCG	atrasada		
+ Pentavalente Hvb, Hib, DPT		atrasada	
+ Hvb Pediátrico			
+ Hib			
+ Polio		atrasada	

### Leyenda

	R.N.	2 meses	4 meses	6 meses	7 meses	8 meses	12 meses
+ HVB RN	atrasada						
+ BCG	✓ 10/03/23						
+ Pentavalente Hvb, Hib, DPT				10/09/23			
+ Hvb Pediátrico							
+ Hib							
+ Polio		✓ 10/05/23	10/07/23	10/09/23			
+ Rotavirus							
+ Neumococo		✓ 10/05/23	✓ 10/07/23				
+ Influenza pediátrica					programada		
+ SPR							programada

BCG Dosis única  
10/03/23  
6000 SAN GENARO DE VILLA  
lote: XXX  
fab.: XXX

Datos de la dosis registrada

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

### REGISTRO DE DOSIS DE VACUNAS

	R.N.	2 meses	4 meses	6 meses	7 meses	12 meses
<input checked="" type="radio"/> HVB RN						
<input type="radio"/> HVB RN						
15 meses						
18 meses						
4 años						
Acción	<input type="button" value="+"/>	<input type="button" value="✖"/>				

### 1. REGISTRO DE DOSIS ES LA FECHA ACTUAL

Los campos con asterisco(\*) son obligatorios.

**VACUNA: HVB RN** 1

¿Se colocó la vacuna en otra fecha?  Si  No 2

(\*) Seleccione "SI" en caso sea una vacuna de fecha pasada

3 Fecha(\*)   Hora  4

5 Lote  Fecha expiración   6

Fabricante

7 Grupos de riesgo

Tiene comorbilidad 8  Extramural

1. Nombre de la vacuna
2. Por defecto se mantiene marcada la opción NO a la pregunta ¿Se colocó la vacuna en otra fecha?, si la dosis a registrar es de una fecha anterior, seleccionar SI.
3. La casilla fecha se mantiene bloqueada solo si en el punto 2 está marcada NO.
4. Casilla para editar la hora de vacuna.
5. Para este caso es obligatorio registrar las casillas Lote y fabricante.
6. La fecha debe ser igual o mayor a la fecha de vacuna.
7. Permite seleccionar el grupo de riesgo definido para cada vacuna.
8. Marcar si el paciente tiene comorbilidad o es una vacuna extramural.

## 2. REGISTRO DE DOSIS ES UNA FECHA ANTERIOR

Los campos con asterisco(\*) son obligatorios.

**Ventana en caso SI**

VACUNA: Hvb RN

¿Se colocó la vacuna en otra fecha?  Si  No  
 (\*) Seleccione "Si" en caso sea una vacuna de fecha pasada

Fecha(\*)

Otras vacunas

Establecimiento

Lote  Fecha expiración

Fabricante

Nombre comercial

Enviar al his

Seleccione si desea que esta vacunación sea migrada al HISMINSA. El establecimiento será obtenido del usuario, el lote, fecha expiración, fabricante son obligatorios. Si se selecciona "Enviar al HIS" la atención sólo debe tener vacunaciones a migrar

Grupos de riesgo

Tiene comorbilidad  Extramural

**9**

**10**

**Casillas adicionales**

9. Si va a registrar más de una vacuna en la fecha seleccionada, pueden seleccionarse:

Otras vacunas

- BCG
- DT adulto
- Influenza adulto
- Pentavalente
- Rotavirus
- SPR

Se selecciona el establecimiento al que corresponde el registro de la vacuna, no es un campo obligatorio.

Establecimiento

- CENTRO DE SALUD SAN GENARO DE VILLA (LIMA SUR/NO PERTENECE A NINGUNA RED/NO PERTENECE A NINGUNA MICRORED)
- POSTA MEDICA DE LA UNIDAD MINERA SAN GENARO (HUANCAVELICA/NO PERTENECE A NINGUNA RED/NO PERTENECE A NINGUNA MICRORED)



- 10. Si el registro de la dosis actual se desea migrar a HISMINSA, se debe marcar el check Enviar al his  Enviar al his  
Al hacerlo, se bloquean las casillas del punto 9.

Otras vacunas

Establecimiento

### 3. REGISTRO DE VACUNA VPH

Los campos con asterisco(\*) son obligatorios.

**VACUNA: VPH**

¿Se colocó la vacuna en otra fecha?  SI  No  
(\*) Seleccione "SI" en caso sea una vacuna de fecha pasada

Fecha(\*)  Hora

11 Lugar vacunación(\*)

Lote  Fecha expiración

Fabricante

Consentimiento de los padres

Buscar colegio a nivel nacional   
o Busca colegios en el distrito del establecimiento. Si desea una búsqueda más amplia seleccione Buscar a nivel nacional.

Grado  Sección

12 Grupos de riesgo

Tiene comorbilidad  Extramural

Casillas adicionales

- 11. Se selecciona el tipo de centro educativo:

Lugar vacunación(\*)

IE  
EESS  
Visita domiciliaria

- 12. Si tiene consentimiento de los padres, marcar  Consentimiento de los padres  
En la lista desplegable se visualizan la relación de centros educativos que corresponden al ubigeo del establecimiento de salud donde se está atendiendo.  
Si se desea buscar el centro educativo a nivel nacional, marcar  Buscar colegio a nivel nacional



Se puede buscar por Código Modular o nombre del centro educativo.

Col  
egi  
o

Escriba el nombre del colegio

san ge

- [1660448] SAN GENARO - UGEL 07 SAN BORJA
- [1083138] SAN GENARO DE VILLA - UGEL 07 SAN BORJA
- [1080217] SAN GENARO DE VILLA - UGEL 07 SAN BORJA
- [1737725] SAN GENARO II - UGEL 07 SAN BORJA
- [1732320] SAN GENARO II - UGEL 07 SAN BORJA

Guardar Regresar

Guarda dosis Regresa al calendario de vacunación

**IMPORTANTE:** Los rangos de edades, condiciones, grupos de riesgo y características que se consideran para el registro de las dosis, varían de acuerdo a cada vacuna.

### EMISIÓN DE CARNET DE VACUNACIÓN

Una vez terminada la atención se puede descargar el Carnet de Vacunación de acuerdo a la edad del paciente:

- Carné menor de 5 años
- Carné mayor de 5 años.

Para todas las edades: Carné detalle.

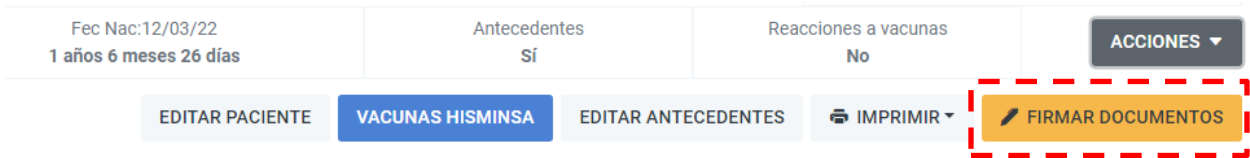
Fec Nac:12/03/22 1 años 6 meses 26 días	Antecedentes Sí	Reacciones a vacunas No	ACCIONES ▾
EDITAR PACIENTE	VACUNAS HIMINSA	EDITAR ANTECEDENTES	IMPRIMIR ▾
Carné detalle			
Carné menor 5 años			
Ver FUA Oficio			
Ver FUA A4			

Al seleccionar se descargará en formato en pdf.



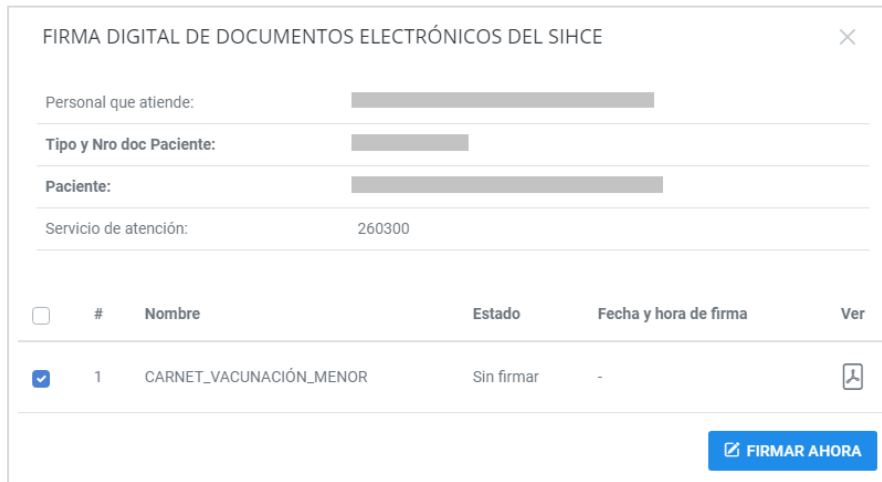
**FIRMA DIGITAL**

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:



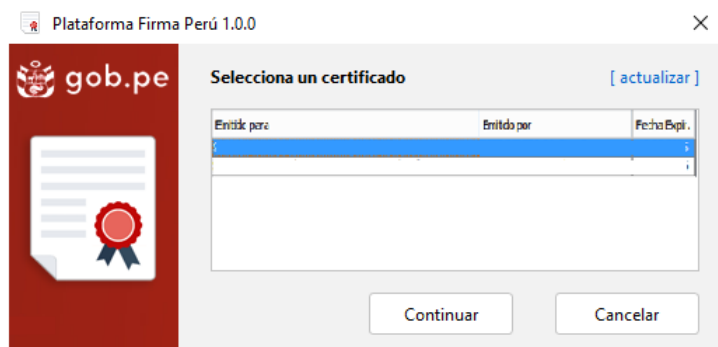
Al presionar el botón Firmar documentos, se visualiza la siguiente ventana

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



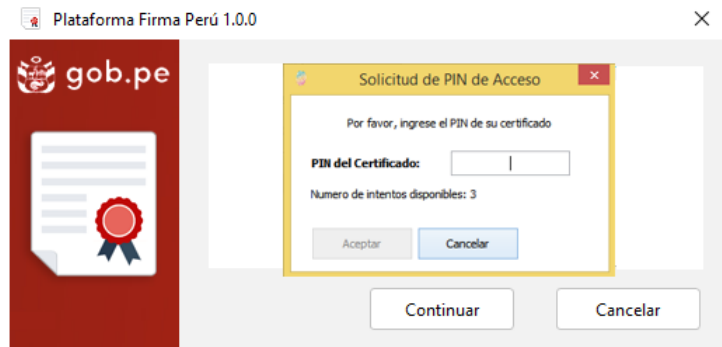
Nota: Para descargar los documentos de la atención, se presiona el icono

Se presiona continuar:





Se ingresa el PIN:



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



## V. BANDEJA DE DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

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

La búsqueda se puede realizar por fecha y por estado.

Fecha inicio:  Fecha fin:

Estado:

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

Todas las fechas:

Al marcar el check  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 17](#)

## VI. REPORTES

### 1. CARNÉ DE VACUNACIÓN

#### CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO

N° HC:	N° Carpeta FAM:
Cod. de Afiliación:	
Fecha de Nacimiento:	12/03/2022
CUI/DNI/USD:	
Nombre y Apellidos:	
- Del Niño:	
- De la Madre:	DNI:
- Del Padre:	DNI:
Dirección actual:	Lima
E-mail:	Teléfono:
Establecimiento:	SAN GENARO DE VILLA
Programa de Apoyo Social:	

#### VACUNACIÓN (Anotar Fechas):

<b>Tuberculosis (BCG):</b> (Recién nacido)	<b>Antihepatitis (HVB):</b> (Recién nacido)
	25/03/2022
<b>Antipolio (IPV):</b> Fechas de las próximas dosis:	3/05/2023 6/05/2023
1ra dosis (2 meses)	2da dosis (4 meses)
3/03/2023	6/03/2023
3ra dosis (6 meses)	11/04/2023
<b>Pentavalente:</b> Fechas de las próximas dosis:	21/06/2023 15/10/2023
1ra dosis (2 meses)	2da dosis (4 meses)
21/04/2023	15/08/2023
3ra dosis (6 meses)	1/10/2023
<b>Neumococo:</b> Fechas de las próximas dosis:	9/04/2023 18/06/2023
1ra dosis (2 meses)	2da dosis (4 meses)
9/03/2023	18/05/2023
3ra dosis (12 meses)	21/09/2023
<b>Rotavirus:</b> Fechas de las próximas dosis:	7/05/2023
1ra dosis (2 meses)	2da dosis (4 meses)
7/03/2023	
<b>Influenza:</b> Fechas de las próximas dosis:	7/04/2023
1ra dosis (6 meses)	2da dosis (7 meses)
7/03/2023	
1 año	2 años
3 años	4 años
<b>Sarampión, Rubéola y Paperas (SPR):</b>	<b>Varicela-Dosis Única</b>
1ra dosis (12 meses)	12 meses:
2da dosis (18 meses)	17/08/2023
<b>Antiamarilla:</b>	<b>Hepatitis A: Dosis Única</b>
15 meses:	15 meses:
7/03/2023	15 meses:
1er Refuerzo DPT (18 meses)	1er Refuerzo APO/IPV (18 meses)
19/05/2023	7/07/2023
2do Refuerzo DPT (4 años)	2do Refuerzo APO/IPV (4 años)

### 2. REPORTE DE ATENCIÓN FIRMA DIGITAL

#### CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA Y EL NIÑO

N° HC:	N° Carpeta FAM:
Cod. de Afiliación:	
Fecha de Nacimiento:	12/03/2022
CUI/DNI/USD:	
Nombre y Apellidos:	LUCIANO MANUEL
- Del Niño:	
- De la Madre:	DNI:
- Del Padre:	DNI:
Dirección actual:	Lima
E-mail:	Teléfono:
Establecimiento:	SAN GENARO DE VILLA
Programa de Apoyo Social:	

<b>Pentavalente</b>	2ª dosis
Fecha	8/10/2023
Lote	XXX
Documento del Vacunador	41602935
Nombre del Vacunador	ALICIA ROSARIO
CEP	25632

<b>Neumococo</b>	2ª dosis
Fecha	8/10/2023
Lote	XXX
Documento del Vacunador	41602935
Nombre del Vacunador	ALICIA ROSARIO
CEP	25632

#### ESTRATEGIA SANITARIA DE INMUNIZACIONES

##### Carnet de vacunación de

##### Mayores de 5 años

#### RECOMENDACIONES

1. Conservar y portar este carnet es requisito para su vacunación.
2. Cumplir con las fechas indicadas, vacúnate.
3. Si viajas a zonas endémicas de fiebre amarilla, vacúnate y porta este carnet.
4. Acude a las citas establecidas para la aplicación de sus vacunas.

Apellidos	
Nombres	
Tipo Doc.	DNI
Nro Doc.	
Dirección	
Distrito	Huánuco-Huánuco-Pillico Marca
Inst. Laboral	

#### Vacuna VPH

	Dosis	
	1	2
Fecha		
Lote		
Vacunador		
CEP		
Inst. educativa		Distrito

#### Vacuna Contra la Hepatitis B

	Dosis				Dosis
	1	2	3		1
Fecha	5/07/2023	31/07/2023	15/08/2023	Fecha	
Lote		X	XXX	Lote	
Vacunador	41602935	41602935	41602935	Vacunador	
CEP				CEP	

#### Neumococo

	Dosis				Dosis
	1	2	3		1
Fecha	29/05/2023	17/08/2023		Fecha	
Lote	XXX	GHGH		Lote	
Vacunador	41602935	41602935		Vacunador	
CEP				CEP	

#### Influenza

	Dosis
	1
Fecha	17/09/2023
Lote	XXX
Vacunador	41602935
CEP	

#### Vacuna contra la fiebre amarilla

	Dosis
	1
Fecha	
Lote	
Vacunador	
CEP	

#### SPR

	Dosis
	1
Fecha	14/09/2023
Lote	XXX
Vacunador	46273347
CEP	

#### COVID 19

	Dosis			
	1	2	3	4
Fecha				
Lote				
Vacunador				
CEP				

#### Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones

##### Carnet de vacunación de

##### Mayores de 5 años

#### RECOMENDACIONES

1. Conservar y portar este carnet es requisito para su vacunación.
2. Cumplir con las fechas indicadas, vacúnate.
3. Si viajas a zonas endémicas de fiebre amarilla, vacúnate y porta este carnet.
4. Acude a las citas establecidas para la aplicación de sus vacunas.

Apellidos	
Nombres	
D.N.I.	DNI
Nro Doc.	
Dirección	Lima
Distrito	Pasco-Pasco-Yanacancha
Inst. Laboral	

<b>HVB Adulto</b>	3ª dosis
Fecha	8/10/2023
Lote	XXX
Documento del Vacunador	
Nombre del Vacunador	
CEP	25632

<b>Influenza adulto</b>	Recurrente
Fecha	8/10/2023
Lote	XXX
Documento del Vacunador	
Nombre del Vacunador	
CEP	25632



### Registro Detallado de Vacunación del Establecimiento de Salud

PERÚ Ministerio de Salud Oficina General de Tecnologías de la Información	REGISTRO DETALLADO DE VACUNACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD																		
A. DIRECCIÓN DE SALUD:		LIMA SUR				F. DEPARTAMENTO:		Lima										K. ESTRATEGIA DE C...	
B. RED:		NO PERTENECE A NINGUNA RED				G. PROVINCIA:		Lima										K. 1. REGULAR	
C. MICRORED:		NO PERTENECE A NINGUNA MICRORED				H. DISTRITO:		Chorrillos											
D. ESTABLECIMIENTO:		CENTRO DE SALUD SAN GENARO DE VILLA				I. LUGAR DE LA VACUNACIÓN:													
E. FECHA DE VACUNACIÓN:		01/08/2023 AL 01/09/2023				J. UNIDAD EJECUTORA:													
N.º de Historia clínica del paciente	N.º de archivo clínico del paciente	Tipo de documento del paciente	N.º de documento del Paciente	DIV	Fecha de nacimiento	Nombres y apellidos del Paciente	Edad año	Edad mes	Edad día	Fecha de vacunación	Vacuna	Dosis	Dosis descripción	Vacunado antes de las 12 horas de nacido	Vacunado antes de las 24 horas de nacido	Fecha de registro de la Vacuna	Lote de la vacuna	Fecha de expiración de la vacuna	Fabricante de la v
75423824	DNI 75423824	DNI	90754			UCCAPUCI	6	5	9	03/08/2023	DPT	1	1ª dosis			03/08/2023 09:16	DPT CLD	24/08/2023	CLD 01
75423824	DNI 75423824	DNI	90754				22	6	19	03/08/2023	DT adulto	1	1ª dosis			03/08/2023 09:22	DT CLD	20/08/2023	CLD 02
75423824	DNI 75423824	DNI	90754			UCCAPUCI	6	5	9	03/08/2023	HbB Adulto	1	1ª dosis			03/08/2023 09:49	HVB ADUL	22/08/2023	CLD 04
75423824	DNI 75423824	DNI	90754				22	6	19	03/08/2023	Influenza adulto	R	Recurrente			03/08/2023 09:50	INFLU CLD	22/08/2023	CLD 05
41602935	DNI 41602935	DNI	90411			II HUALLPA	6	3	18	15/08/2023	AMA	1	1ª dosis			15/08/2023 16:59	ASD	16/08/2023	ASD
73014515	DNI 73014515	DNI	90731			II HUALLPA	6	3	18	15/08/2023	DT adulto	1	1ª dosis			15/08/2023 17:00	ASD	23/08/2023	ASD
73014515	DNI 73014515	DNI	90731			ILDONADO	42	3	9	15/08/2023	DT adulto	3	3ª dosis			15/08/2023 11:20	FR	29/08/2023	AAAA
73014515	DNI 73014515	DNI	90731			MENDOZA	31	3	29	15/08/2023	HIB	DU	Dosis única			15/08/2023 15:53	XXX	29/08/2023	XXX
73014515	DNI 73014515	DNI	90731				6	3	12	15/08/2023	HIB	DU	Dosis única			15/08/2023 17:03	SDF	16/08/2023	SDF
73014515	DNI 73014515	DNI	90731			II HUALLPA	6	3	18	15/08/2023	HIB	DU	Dosis única			15/08/2023 16:59	SDF	16/08/2023	SDF

### Reporte de Tamizaje de Anemia

PERÚ Ministerio de Salud	REPORTE DE TAMIZAJE DE ANEMIA																	
Código	Ubigeo del establecimiento	Departamento	Provincia	Distrito	Disa	Red	Micro Red	Código Único	Establecimiento	UPS	Tipo documento	Nro documento	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha Nacimiento	HC	
3382251	150108	LIMA	LIMA	CHORRILLOS	LIMA SUR	NO PERTENECE A NINGUNA RED	NO PERTENECE A NINGUNA RED	6000	SAN GENARIO DE VILLA	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	1	932				12/03/2019	145932	
3362362	150108	LIMA	LIMA	CHORRILLOS	LIMA SUR	NO PERTENECE A NINGUNA RED	NO PERTENECE A NINGUNA RED	6000	SAN GENARIO DE VILLA	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	5	SD				10/05/2019	145095	
40091901	150108	LIMA	LIMA	CHORRILLOS	LIMA SUR	NO PERTENECE A NINGUNA RED	NO PERTENECE A NINGUNA RED	6000	SAN GENARIO DE VILLA	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	1	94				09/07/2019	147622	
40092074	150108	LIMA	LIMA	CHORRILLOS	LIMA SUR	NO PERTENECE A NINGUNA RED	NO PERTENECE A NINGUNA RED	6000	SAN GENARIO DE VILLA	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	1	94				05/08/2019	147451	
40875434	150108	LIMA	LIMA	CHORRILLOS	LIMA SUR	NO PERTENECE A NINGUNA RED	NO PERTENECE A NINGUNA RED	6000	SAN GENARIO DE VILLA	MEDICINA GENERAL	1	955				08/11/2019	160257	
41046422	150108	LIMA	LIMA	CHORRILLOS	LIMA SUR	NO PERTENECE A NINGUNA RED	NO PERTENECE A NINGUNA RED	6000	SAN GENARIO DE VILLA	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	1	95				15/01/2019	1637302	
41237599	150108	LIMA	LIMA	CHORRILLOS	LIMA SUR	NO PERTENECE A NINGUNA RED	NO PERTENECE A NINGUNA RED	6000	SAN GENARIO DE VILLA	MEDICINA GENERAL	1	989				31/12/2019	165932	
41526212	150108	LIMA	LIMA	CHORRILLOS	LIMA SUR	NO PERTENECE A NINGUNA RED	NO PERTENECE A NINGUNA RED	6000	SAN GENARIO DE VILLA	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	1	972				10/02/2020	163326	
41854470	150108	LIMA	LIMA	CHORRILLOS	LIMA SUR	NO PERTENECE A NINGUNA RED	NO PERTENECE A NINGUNA RED	6000	SAN GENARIO DE VILLA	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	1	972				25/02/2020	165216	
42198568	150108	LIMA	LIMA	CHORRILLOS	LIMA SUR	NO PERTENECE A NINGUNA RED	NO PERTENECE A NINGUNA RED	6000	SAN GENARIO DE VILLA	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	1	982				23/04/2020	164950	
42266732	150108	LIMA	LIMA	CHORRILLOS	LIMA SUR	NO PERTENECE A NINGUNA RED	NO PERTENECE A NINGUNA RED	6000	SAN GENARIO DE VILLA	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	1	989				2/05/2020	164720	