

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

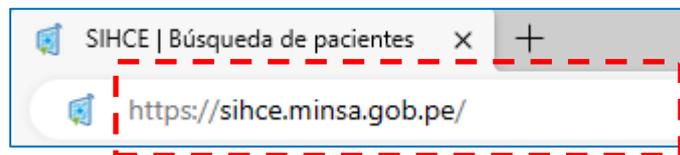


MODULO DE INMUNIZACIONES

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.



Ministerio de Salud



Ingrese su usuario y contraseña para acceder al sistema

Usuario

Contraseña

Ingresar

2022 © Oficina General de Tecnologías de Información MINSA

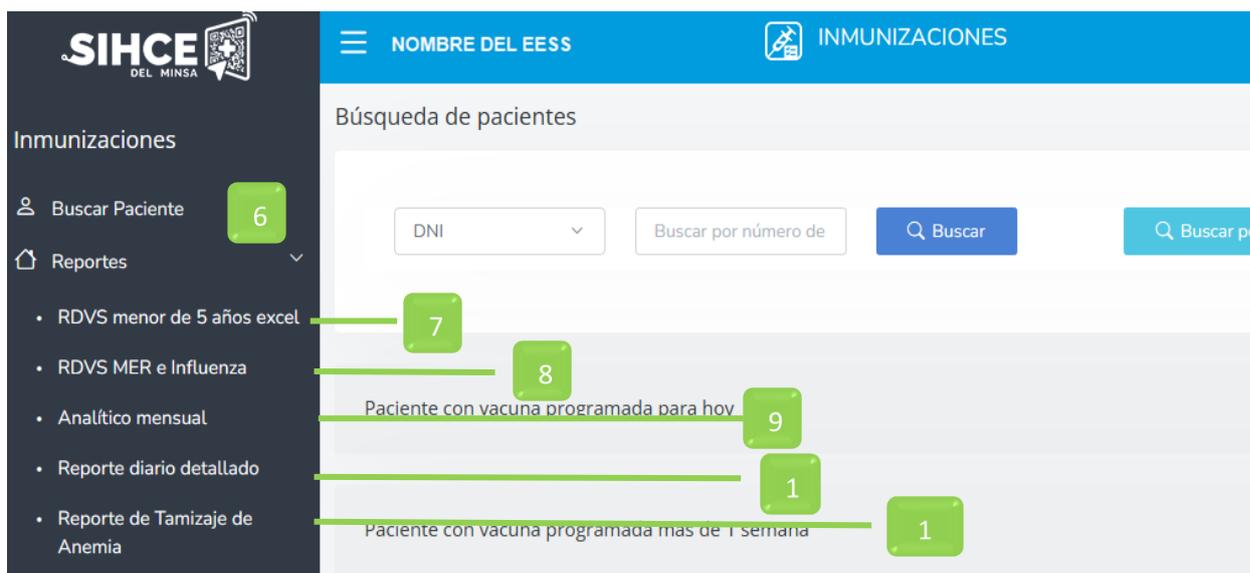
Nota: Si ingresa por primera vez, el usuario y contraseña es el DNI, y el sistema solicitará que registre su nueva contraseña.

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



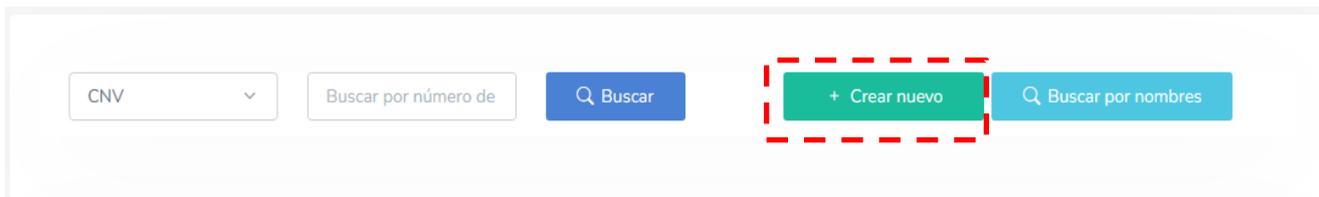
6. Volver a la página inicial del módulo.
7. Descarga reporte del registro de vacunación y seguimiento para niños menores de 5 años.
8. Descarga reporte del registro de vacunación y seguimiento de mujer en edad reproductiva.
9. Descarga reporte analítico detallado.
10. Descarga del reporte diario detallado.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

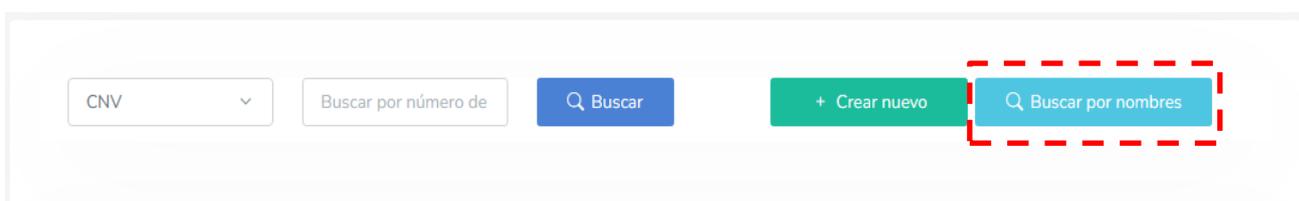
Paciente

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"/>





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 checked="" type="checkbox"/> Hvb RN	✓ 18/01/23						
<input checked="" type="checkbox"/> BCG	✓ 18/01/23						
<input checked="" type="checkbox"/> Pentavalente Hvb, Hib, DPT		✓ 24/03/23	✓ 10/06/23		10/08/23		
<input checked="" type="checkbox"/> Hvb Pediátrico							
<input checked="" type="checkbox"/> Hib							
<input checked="" type="checkbox"/> Polio		✓ 24/03/23	✓ 10/06/23		10/08/23		
<input checked="" type="checkbox"/> Rotavirus		✓ 24/03/23	✓ 10/06/23				
<input checked="" type="checkbox"/> Neumococo		✓ 24/03/23	✓ 10/06/23				10/02/24
<input checked="" type="checkbox"/> Influenza pediátrica			✓ 10/06/23	10/07/23			
<input checked="" type="checkbox"/> SPR							programada
<input checked="" type="checkbox"/> Varicela							programada
<input checked="" type="checkbox"/> AMA							
<input checked="" type="checkbox"/> Hva							
<input checked="" type="checkbox"/> DPT							
<input checked="" type="checkbox"/> Hvb Adulto							
<input checked="" type="checkbox"/> DT adulto							
<input checked="" type="checkbox"/> Influenza adulto							
<input checked="" type="checkbox"/> SR							
<input checked="" type="checkbox"/> VPH							
<input checked="" type="checkbox"/> Tdap							
<input checked="" 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(*)	N° HC	N° AC
DNI	90048574	
Nro de documento	N° CNV	
[Redacted]	99999999	
Nombres	Apellido paterno	
ZOE ARIANA	RODRIGUEZ	
Apellido materno	Género	
TUANAMA	Femenino	
Tipo de seguro	Etnia	
SIS	Mestizo	
País nacimiento(*)	Idioma	
PERU	Castellano	
Direccion reniec		
[Redacted]		
Departamento domicilio(*)	Provincia domicilio(*)	Distrito domicilio(*)
Lima	Lima	Magdalena del Mar
Dirección actual		
JR CUSCO 510 6TO PISO VIVIENDA ALQUILADA		
Sector	Teléfono fijo	
[Redacted]	[Redacted]	
Manzana	Lote	Celular
[Redacted]	[Redacted]	971120467
Visita domiciliaria	Correo electrónico	
[Redacted]	[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

IMPORTAR VACUNAS

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	Antecedentes 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
- 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.

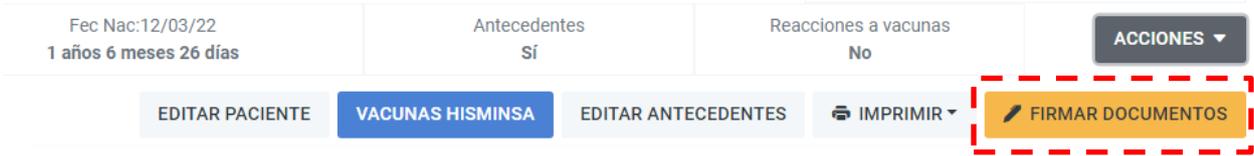
Para todas las edades: Carné detalle.

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.

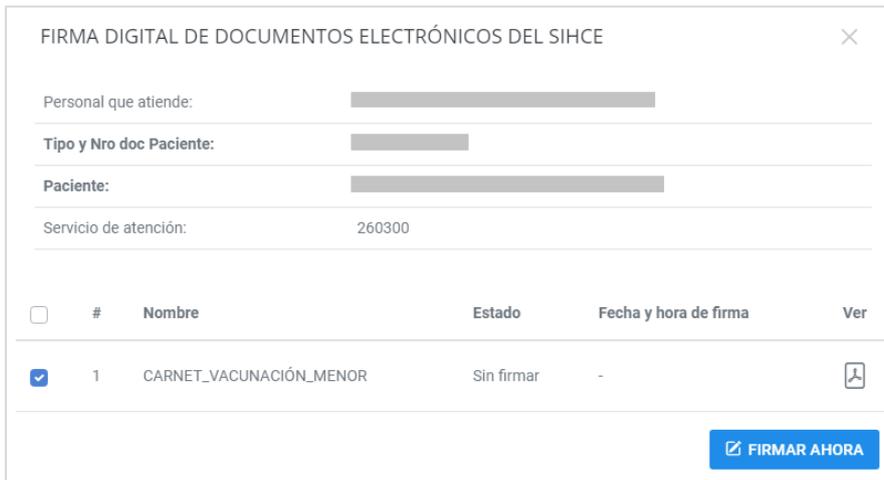
FIRMA DIGITAL

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:



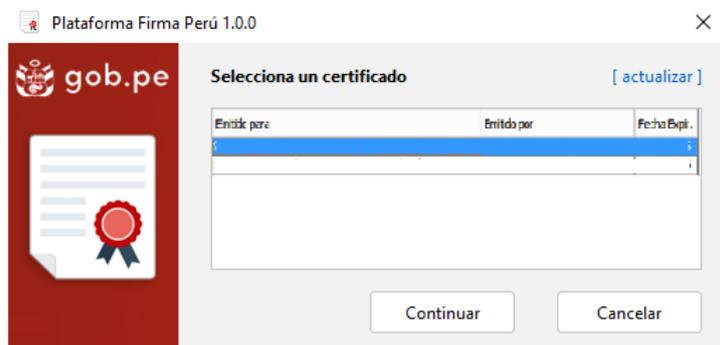
Al presionar el botón Firmar documentos, se visualiza la siguiente ventana

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.

The screenshot shows the SIHCE interface with a sidebar on the left containing 'Bandeja Doc. Electrónicos' highlighted with a red dashed box. The main content area has a search filter with fields for 'Tipo doc:' (DNI), 'Nro doc:', 'Fecha inicio:' (31/08/2023), and 'Fecha fin:' (31/08/2023). Below this is a table with columns: Tipo Doc Paciente, Nro Doc Paciente, Nombres y Apellidos del Paciente, Fecha de atención, and Estado de Firma. The table contains three rows of data.

Tipo Doc Paciente	Nro Doc Paciente	Nombres y Apellidos del Paciente	Fecha de atención	Estado de Firma
CNV	98985698	Pedro Guzman Perez	31-08-2023 11:37	Sin Firmar
CNV	92335630	Carlos Zuñiga Acero	29-08-2023 15:24	Sin Firmar
No se conoce	98563000	Raul Torres Perez	26-07-2023 11:22	Sin Firmar

La búsqueda se puede realizar por fecha y por estado.

Fecha inicio: Fecha fin:

Estado:

 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

This close-up shows the first row of the table. The 'Acciones' column contains a red button labeled 'Firmar Docs' which is highlighted with a red dashed box.

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/SD:
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):

Tuberculosis (BCG): (Recién nacido)	Antihepatitis (HVB): (Recién nacido)
	25/03/2022

Antipolio (IPV)	Fechas de las próximas dosis:		
	3/05/2023	6/05/2023	
1ra dosis (2 meses)	2da dosis (4 meses)	3ra dosis (6 meses)	
3/03/2023	6/03/2023	11/04/2023	

Pentavalente:	Fechas de las próximas dosis:		
	21/06/2023	15/10/2023	
1ra dosis (2 meses)	2da dosis (4 meses)	3ra dosis (6 meses)	
21/04/2023	15/08/2023	1/10/2023	

Neumococo:	Fechas de las próximas dosis:		
	9/04/2023	18/06/2023	
1ra dosis (2 meses)	2da dosis (4 meses)	3ra dosis (12 meses)	
9/03/2023	18/05/2023	21/09/2023	

Rotavirus:	Fechas de las próximas dosis:	
	7/05/2023	
1ra dosis (2 meses)	2da dosis (4 meses)	
7/03/2023		

Influenza:	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	

Sarampión, Rubéola y Paperas (SPR):	Varicela-Dosis Única	AntiAmariílica:	Hepatitis A: Dosis Única
1ra dosis (12 meses)	12 meses:	15 meses:	15 meses:
2da dosis (16 meses)	17/08/2023	7/03/2023	

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)
---------------------------	-------------------------------



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, vacínate.
3. Si viajas a zonas endémicas de fiebre amarilla, vacínate 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

Fecha	Dosis	
	1	2
Lote		
Vacunador		
CEP		
Inst. educativa		Distrito

Vacuna Contra la Hepatitis B

Fecha	Dosis			Fecha	Dosis
	1	2	3		1
Lote	XXX	X	XXX	Lote	
Vacunador	41602935	41602935	41602935	Vacunador	
CEP				CEP	

Toxide Tetánico Diftérico (dT)

Fecha	Dosis			Fecha	Dosis
	1	2	3		1
Lote	XXX	GHGH		Lote	
Vacunador	41602935	41602935		Vacunador	
CEP				CEP	

Influenza

Fecha	Dosis
	1
Lote	XXX
Vacunador	41602935
CEP	

Vacuna contra la fiebre amarilla

Fecha	Dosis
	1
Lote	
Vacunador	
CEP	

SPR

Fecha	Dosis
	1
Lote	XXX
Vacunador	46273347
CEP	

COVID 19

Fecha	Dosis			
	1	2	3	4
Lote				
Vacunador				
CEP				

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/SD:
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:	

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

Neumococo	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

1. Conservar y portar este carnet es requisito para su vacunación.
2. Cumplir con las fechas indicadas, vacínate.
3. Si viajas a zonas endémicas de fiebre amarilla, vacínate 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	

HvB Adulto	3ª dosis
Fecha	8/10/2023
Lote	XXX
Documento del Vacunador	
Nombre del Vacunador	
CEP	25632

Influenza adulto	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 CAFE: K.1. REGULAR									
B. RED: NO PERTENECE A NINGUNA RED					G. PROVINCIA: Lima														
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	907			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	754				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	907			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	907				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	907			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	411			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	731			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	907			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	907				6	3	12	15/08/2023	HIB	DU	Dosis única			15/08/2023 17:03	SDF	16/08/2023	SDF
73014515	DNI 73014515	DNI	907			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 GENAR 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 GENAR 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 GENAR 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 GENAR 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 GENAR 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 GENAR 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 GENAR 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 GENAR 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 GENAR DE VILLA	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	1	972				25/02/2020	165216		
42199568	150108	LIMA	LIMA	CHORRILLOS	LIMA SUR	NO PERTENECE A NINGUNA RED	NO PERTENECE A NINGUNA RED	6000	SAN GENAR 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 GENAR DE VILLA	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	1	989				2/09/2020	164720		