



MANUAL DE USUARIO:

MÓDULO

ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

Para Centro de Salud Mental Comunitario

V 1.1

2024



PERÚ

Ministerio
de Salud



RESUMEN

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

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

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

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



INDICE

ROL DE LA ENFERMERA	4
INGRESO AL SISTEMA	5
I. DESCRIPCION DE LA PAGINA DE INICIO DEL MODULO.....	5
II. REGISTRO DE ATENCIÓN - ACOGIDA	6
III. REGISTRO (EVALUACION DEL INTEGRAL DE ADICCIONES, EVALUACION DEL INTEGRAL NIÑO Y ADOLESCENTE, EVALUACION ADULTO Y ADULTO MAYOR)	8
ROL DEL ADMISIONISTA	24
IV. INICIO DE CITAS PARA LAS DERIVACIONES PENDIENTES	25
ROLES ESPECIFICOS	26
V. BANDEJA DE ESPECIALIDADES.....	27
ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE ENFERMERIA - VALORACION DE 11 PATRONES.....	28
ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE PSICOLOGÍA.....	34
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA DE LENGUAJE.....	36
ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN TERAPIA OCUPACIONAL.....	38
VISITAS DOMICILIARIAS.....	40



ROL: ENFERMERA



II. REGISTRO DE ATENCION - ACOGIDA

Registrar todos los datos del paciente.

SAN GENARO DE VILLA SALUD MENTAL KENEDY CARLOS DE LA TORRE MENDOZA

ENFERMERIA: Ficha de Acogida

Datos del Usuario

	Usuario XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	DNI/LE XXXXXXXXXX	Sexo Femenino	Edad 22 años, 10 meses, 20 días.
--	--	-----------------------------	-------------------------	--

Datos adicionales

Religión -----	Correo -----	Teléfono Fijo -----	1er celular -----	2do celular -----
-------------------	-----------------	------------------------	----------------------	----------------------

Datos de contacto familiar y/o responsable + Agregar familiar

Buscar datos de familiar

XXXXXXXXXX Q Buscar

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

1er celular -----	Correo electrónico -----
Parentesco(*) -----	<input type="checkbox"/> Vive con el paciente

Guardar datos Cerrar

Al hacer click en el botón agregar, se despliega el cuadro datos de familiar. Se ingresan los datos y se presiona el botón guardar datos para agregar la información del familiar.



Motivo de referencia y motivo de consulta >

Motivo de referencia

Motivo de consulta

Descarte de emergencia >

Crisis de Angustia	<input type="text" value="CRISIS DE ANGUSTIA"/>	18 de 200 caracteres
Agitación psicomotriz	<input type="text"/>	-
Efectos secundarios a medicamentos	<input type="text"/>	-
Riesgo de autoagresión	<input type="text"/>	-
Riesgo de heteroagresión (homicidio)	<input type="text"/>	-
Conducta desorganizada	<input type="text" value="CONDUCTA DESORGANIZADA"/>	22 de 200 caracteres
Riesgo vital por violencia	<input type="text"/>	-
Otros	<input type="text"/>	-

Problemas identificados >

Problema Sub problema Detalle +Agregar

Problema	Sub problema	Detalle	Eliminar
PROBLEMAS SOMATICOS	CEFALEA		✖

Tratamiento farmacológico actual >

Medicamento Concentración FF Dosis +Agregar

Frecuencia (horas) Inicio Tipo de medicación

Medicamento	Concentración	FF	Dosis	Frecuencia (horas)	Año de inicio	Tipo de medicación	Eliminar
IBUPROFENO	200 ML	Jarabe	UNA DIARIA	24	2006	AUTOMEDICADO	✖

Disposición >

Disposición (*):

Intervención de enfermería >

Intervención de enfermería (*):

- Educación sobre CSMC
- Información de Derechos y deberes
- Información sobre redes de apoyo
- Consejería
- Otros

Observaciones >

Observaciones

Guardar
✖ Regresar a pacientes

Elegir una o más opciones de medicamento según lo que el paciente indique



En la Disposición permite derivar a la evaluación integral que se requiera

- Evaluación Integral de Adicciones
- Evaluación Integral Niño y Adolescente
- Evaluación Integral de Adulto y Adulto Mayor

En el caso que el paciente solicite un Certificado Médico, se puede derivar a una de las opciones

- Certificado Médico - Adicciones
- Certificado Médico - Niño y Adolescente
- Certificado Médico - Adulto y Adulto Mayor

Además, existen las Opciones de:

- Derivado a su entro más cercano: en caso que el paciente no requiera atención en el CSMC y determine que su atención corresponde en un Centro de Salud
- Especificado en Observaciones: corresponde esta opción al no completar el llenado e la ficha de Acogida u otro motivo que deberá ser especificado en las observaciones, que no permita la derivación del paciente a la Evaluación Integral.

III. REGISTRO (EVALUACION DEL INTEGRAL DE ADICCIONES, EVALUACION DEL INTEGRAL NIÑO Y ADOLESCENTE, EVALUACION ADULTO Y ADULTO MAYOR)

- Mostrará la bandeja de los pacientes citados
- El listado de pacientes consta de los siguientes datos: HCE (historia clínica electrónica), Nº DNI, Nombre y Apellidos, consultorio asignado, hora de inicio de consulta.

Seleccionar ATENDER INTEGRAL DE ADICCIONES INTEGRAL NIÑO Y ADOLESCENTE, INTEGRAL ADULTO Y ADULTO MAYOR

MUESTRA EL RESUMEN DEL FORMULARIO DE ACOGIDA



- Botón Atender mostrará los integrales según elección anteriormente en la ficha de acogida.
- Rellenar el formulario del Integral adicciones.
- Después de llenar el formulario, presionar GUARDAR y automáticamente regresara a la bandeja de atención.

SAN GENARO DE VILLA SALUD MENTAL

Evaluación Integral de Niño y Adolescente

Datos del Usuario

	Usuario MORA	DNI/LE 8899002233	Sexo Masculino	Edad 10 años, 7 meses, 27 días.
---	------------------------	-----------------------------	--------------------------	---

Datos de contactos familiares y/o responsable

Número documento	Nombres y Apellidos	Celular	Correo	Parentesco	Vive con el paciente
8899002233	MALDONADO	986587698	fasanando@gmail.com	Tia	NO

¿Quién acompaña al paciente?

Digitar



Signos vitales y datos antropométricos

Signos vitales:

Temperatura:

 °C

Saturación (SAT):

 %

Frecuencia cardíaca (FC):

 x min

Frecuencia respiratoria (FR):

 x min

Datos antropométricos:

Peso:

 Kg.

Talla:

 m.

Perímetro abdominal (PAB):

 cm.

Índice de masa corporal (Valor IMC):

14.286

NORMAL

- Aplica a mayores de 5 años.
- Para hallar IMC obligatorio registrar «Peso» y «Talla»

Profesionales evaluadores

Cirugías previas	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Traumatismo encefalocraneano	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Convulsiones	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Enfermedades cardíacas	<input checked="" type="button" value="SI"/>	<input type="text"/>
Medicación habitual	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Tratamiento PSQ/PSC.	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Antecedentes familiares	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Soporte Familiar Adecuado	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Enfermedades Nutricionales	<input checked="" type="button" value="SI"/>	<input type="text"/>
Enfermedades Respiratorias	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Enfermedades Digestivas	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Enfermedades Musculoesqueletico	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Enfermedades Sensoriales	<input checked="" type="button" value="SI"/>	<input type="text"/>
Enfermedades Metabólicas	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Enfermedades Genitourinarias	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Trastorno mental de comportamiento	<input checked="" type="button" value="SI"/>	<input type="text"/>
Problemas Psicosociales	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Tratamiento Psicoterapeutico	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>

Seleccionar SI o NO

Digitar lo que se requiera



Antecedentes pre y post natales

Controles prenatales	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
complicaciones en el embarazo	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Complicaciones en el parto	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Llanto inmediato	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Hospitalización / Incubadora	<input checked="" type="button" value="SI"/>	<input type="text"/>
Vacunas	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Parto Instrumentado	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Lactancia materna exclusiva	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Prematuridad	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Control de recién nacido	<input checked="" type="button" value="SI"/>	<input type="text"/>
Otros	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>

Seleccionar si es patológico o conservado

Desarrollo psicomotor

Sedentación, ¿Desde cuándo lo hace?	<input type="text"/>	
Gateo, ¿Desde cuándo lo hace?	<input type="text"/>	
Primeros pasos, ¿Desde cuándo lo hace?	<input type="text"/>	
Primeros pasos, ¿Desde cuándo lo hace?	<input type="text"/>	
Primeras palabras, ¿Desde cuándo lo hace?	<input type="text"/>	
Control de esfínteres, ¿Desde cuándo lo hace?	<input type="text"/>	
Enuresis	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Encopresis	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Hábitos alimentarios	<input type="text"/>	
Berrinches	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>
Pesadillas	<input checked="" type="button" value="SI"/>	<input type="text"/>
Duerme solo	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>



Motivo de consulta y/o relato

Relato

Digite el relato del paciente

Episodio actual

Tiempo de enfermedad(*):

 Horas

 Días

 Semanas

 Meses

 Años

Examen Físico:

	<input type="checkbox"/> Conservado	<input type="checkbox"/> Patológico	
	Conservado	Patológico	Observaciones
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cabeza y cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cavidad oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aparato respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aparato cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aparato digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aparato genitourinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aparato locomotor / extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Examen Mental:

	Descripción	Observaciones
Conciencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Orientado	<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Espacio <input type="checkbox"/> Tiempo	<input type="text"/>
Atención y concentración	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ánimo - afecto	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Emoción	-----		
Lenguaje comprensivo			
Lenguaje expresivo			
Pensamiento	<input type="checkbox"/> Curso	-----	
	<input type="checkbox"/> Forma	-----	
	<input type="checkbox"/> Contenido	-----	
	<input type="checkbox"/> Ideas suicidas		
Memoria	-----		
Sensopercepción	-----		
Capacidad de reflexión y autocrítica			
Juicio de la realidad			
Psicomotricidad	-----		
Voluntad	-----		
Inteligencia			
Otras observaciones			

Problema Psicosociales

Redes

Nivel de independencia para las actividades de la vida diaria

Independiente Dependencia parcial Dependiente



Resultado

Diagnóstico:

Código - Nomenclatura CIE 10 Tipo de Diagnóstico Observaciones y Especificaciones Lab

Código CIEX	Nomenclatura CIE 10	Tipo de Diagnóstico	Observaciones y Especificaciones
F301	Manía sin síntomas psicóticos	Definitivo	

Plan de atención individualizada

DERIVAR A ATENCION(ES) ESPECIALIZADA(S) :

Profesionales evaluadores

Profesión	Responsable de visita	DNI	Buscar	Limpiar	Eliminar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Buscar"/>	<input type="button" value="Limpiar"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Buscar"/>	<input type="button" value="Limpiar"/>	<input type="checkbox"/>

Agregar los diagnósticos requeridos

Agregar los profesionales requeridos

- Rellenar el formulario del Integral Niño y Adolescente
- Después de llenar el formulario, presionar GUARDAR y automáticamente regresara a la bandeja de atención.



Evaluación Integral de Adulto y Adulto Mayor

Datos del Usuario



Usuario: [Redacted] DNI/LE: [Redacted]
ASMAT

Sexo: Femenino

Edad: 29 años, 2 meses, 14 días.

Datos de contactos familiares y/o responsable

Número documento	Nombres y Apellidos	Celular	Correo	Parentesco	Vive con el paciente
[Redacted]	[Redacted] FIGUEROA	[Redacted]	valera@gmail.com	tio	SI

¿Quién acompaña al paciente?

Signos vitales y datos antropométricos

Digitar

Signos vitales:

Temperatura: °C Presión arterial (PA): / x mmHg Saturación (SAT): % Frecuencia cardíaca (FC): x min Frecuencia respiratoria (FR): x min

Datos antropométricos:

Peso: 55.00 Kg. Talla: 1.65 m. Perímetro abdominal (PAB): cm.

Índice de masa corporal (Valor IMC):

- Aplica a mayores de 5 años.
- Para hallar IMC obligatorio registrar «Peso» y «Talla»

Antecedentes personales y familiares

Enfermedad psiquiátrica	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>	-
Tratamiento anterior	<input checked="" type="button" value="SI"/>	<input type="text"/>	-
Tratamiento actual	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>	-
Sueño	<input checked="" type="button" value="SI"/>	<input type="text"/>	-
Apetito	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>	-
Estresores psicosociales	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>	-
Soporte Familiar	<input type="button" value="NO"/>	<input type="text"/>	-

Seleccionar SI o NO



Motivo de consulta y/o relato

Relato

Motivo de consulta

Episodio actual

Tiempo de enfermedad (*):

Horas Días Semanas Meses Años

Examen Físico:

	<input type="checkbox"/> Conservado	<input type="checkbox"/> Patológico	
	Conservado	Patológico	Observaciones
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cabeza y cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cavidad oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aparato respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aparato cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aparato digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aparato genitourinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aparato locomotor / extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Examen Mental:

	Descripción	Observaciones
Conciencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Orientado	<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Espacio <input type="checkbox"/> Tiempo	<input type="text"/>
Atención y concentración	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ánimo - afecto	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Emoción	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lenguaje comprensivo	<input type="text"/>	
Lenguaje expresivo	<input type="text"/>	

Seleccionar si es patológico o conservado



Pensamiento	<input type="checkbox"/> Curso	-----	
	<input type="checkbox"/> Forma	-----	
	<input type="checkbox"/> Contenido	-----	
	<input type="checkbox"/> Ideas suicidas		
Memoria		-----	
Sensopercepción		-----	
Capacidad de reflexión y autocrítica			
Juicio de la realidad			
Psicomotricidad		-----	
Voluntad		-----	
Inteligencia			
Otras observaciones			

Problema Psicosociales

Redes

Nivel de independencia para las actividades de la vida diaria

Independiente Dependencia parcial Dependiente

Digitar lo que se requiera



Resultado

Diagnóstico:

Código - Nomenclatura CIE 10 Tipo de Diagnóstico Observaciones y Especificaciones Lab

Código CIEX	Nomenclatura CIE 10	Tipo de Diagnóstico	Observaciones y Especificaciones	Lab1	Lab2	Lab3

Plan de atención individualizada

Digite el plan de atención individualizada

DERIVAR A ATENCION(ES) ESPECIALIZADA(S) :

Profesionales evaluadores

Profesión	Responsable de visita	DNI	Buscar	Limpiar	Eliminar
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Buscar"/>	<input type="button" value="Limpiar"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Buscar"/>	<input type="button" value="Limpiar"/>	<input type="checkbox"/>

Agregar los diagnósticos requeridos

Agregar los profesionales requeridos

- Rellenar el formulario de integral de Adulto y Adulto Mayor
- Después de llenar el formulario, presionar GUARDAR y automáticamente regresara a la bandeja de atención.



Hábitos nocivos

Agregar

Nombre de sustancia	Detalle de sustancia	Edad inicio de consumo	Frecuencia de consumo	Fecha de último consumo	Observaciones	Acción
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dd/mm/aaaa <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Eliminar

Agregar

Juegos Patológicos	Denominación del juego	Edad inicio	Frecuencia	Observaciones	Acción
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Eliminar

Deterioro por consumo

Físico (biológico)

Psicológico

Familiar

Social

Lugar y personas de consumo

Perjuicios y malos hábitos

Funciones biológicas

Sueño

Apetito

Libido

Motivo de consulta y/o relato

Relato

Motivo de consulta

Episodio actual

Tiempo de

enfermedad(*):

Horas

Días

Semanas

Meses

Años

Agregar las sustancias y juegos patológicos requeridos



Examen Físico:



	<input type="checkbox"/> Conservado	<input type="checkbox"/> Patológico	
	Conservado	Patológico	Observaciones
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cabeza y cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Cavidad oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aparato respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aparato cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aparato digestivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aparato genitourinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Aparato locomotor / extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Seleccionar si es patológico o conservado

Examen Mental:



	Descripción	Observaciones
Conciencia	<input type="text" value="-----"/>	<input type="text"/>
Orientado	<input type="checkbox"/> Persona <input type="checkbox"/> Espacio <input type="checkbox"/> Tiempo	<input type="text"/>
Atención y concentración	<input type="text" value="-----"/>	<input type="text"/>
Ánimo - afecto	<input type="text" value="-----"/>	<input type="text"/>
Emoción	<input type="text" value="-----"/>	<input type="text"/>



Lenguaje comprensivo	<input type="text"/>	
Lenguaje expresivo	<input type="text"/>	
Pensamiento	<input type="checkbox"/> Curso	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Forma	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Contenido	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Ideas suicidas	<input type="text"/>
Memoria	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sensopercepción	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Capacidad de reflexión y autocrítica	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Juicio de la realidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psicomotricidad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Voluntad	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inteligencia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras observaciones	<input type="text"/>	

Problemas Psicosociales

Redes

Nivel de independencia para las actividades de la vida diaria

Independiente Dependencia parcial Dependiente

Digitar



Resultado >

Diagnóstico:

Código - Nomenclatura CIE 10 Tipo de Diagnóstico Observaciones y Especificaciones Lab Agregar

Código CIEX	Nomenclatura CIE 10	Tipo de Diagnóstico	Observaciones y Especificaciones	Lab1	Lab2	Lab3
F330	Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente	Definitivo				

Plan de atención individualizada

DERIVAR A ATENCION(ES) ESPECIALIZADA(S) :

Profesionales evaluadores >

Derivaciones a otros servicios

Profesión	Responsable de visita	DNI	Buscar	Limpiar	Eliminar
<input type="text" value="-----"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Buscar"/>	<input type="button" value="Limpiar"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text" value="-----"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="button" value="Buscar"/>	<input type="button" value="Limpiar"/>	<input type="checkbox"/>

Agregar los diagnósticos requeridos

Agregar los profesionales requeridos

- Rellenar el formulario de integral de Adicciones.
- Después de llenar el formulario, presionar GUARDAR y automáticamente regresara a la bandeja de atención.

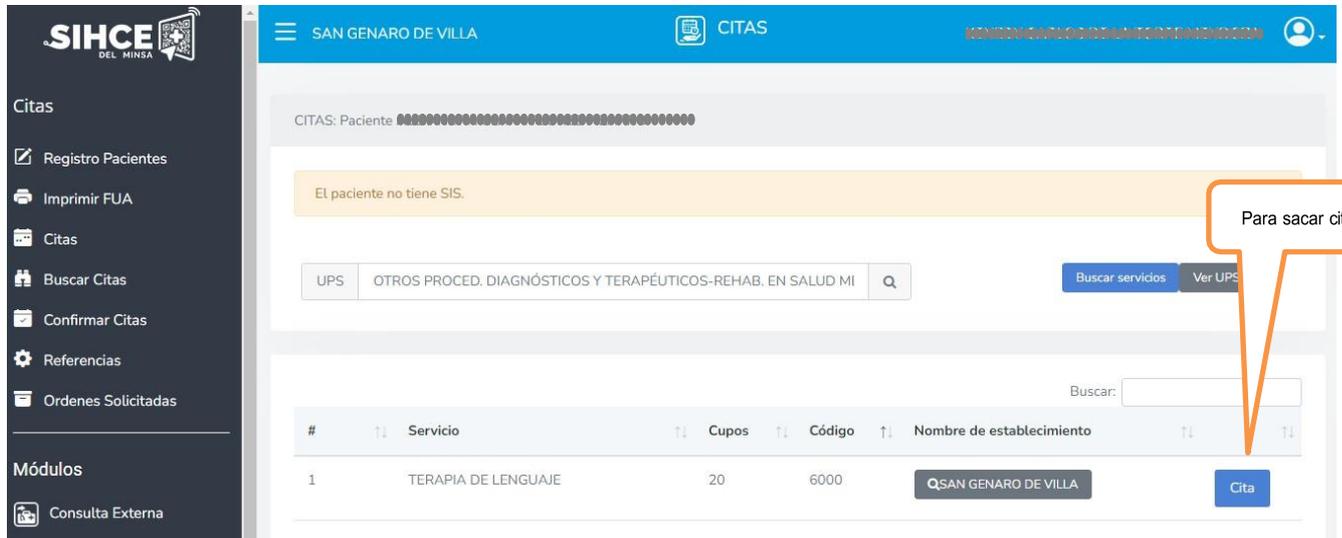


ROL: ADMISIONISTA



IV. INICIO DE CITAS PARA LAS DERIVACIONES PENDIENTES

El Admisioncita podrá visualizar las derivaciones que se hizo en el integral, de esta forma podrá citar según especialidad



- El sistema dirigirá a la opción de Ventanilla Única, que se explica en el Manual de Ventanilla Única
- En caso no tenga SIS, el sistema dirigirá a la opción de Ordenes Solicitadas, el cual se explica en el manual de Ventanilla Única
- El sistema dirigirá a la opción de TRIAJE que se explica en el Manual de Triage.



ROLES:

ENFERMERA NIÑO Y ADOLESCENTE

ENFERMERA ADICCIONES

ENFERMERA ADULTO Y ADULTO MAYOR

PSICOLOGO NIÑO Y ADOLESCENTE

PSICOLOGO ADICCIONES

PSICOLOGO ADULTO Y ADULTO MAYOR

TERAPEUTA DE LENGUAJE

TERAPEUTA OCUPACIONAL



V. BANDEJA DE ESPECIALIDADES

Se muestra la bandeja para el ingreso a especialidades según cita

The screenshot displays the SIHCE interface with a sidebar on the left and a main content area. The sidebar includes 'Lista de Citas', 'Derivaciones para visita domiciliaria', and 'Módulos' (Citas, TRIAJE). The main area shows a table of specialties with columns for HCE, DNI, Nombres y Apellidos, Consultorio, and Hora inicio. The table contains six rows of data. Callouts highlight specific elements: 'Nombres y Apellidos del Paciente' points to the patient name column, 'Cita para el Consultorio' points to the 'Consultorio' column, and 'Seleccionar ATENDER' points to the 'Atender' button in the first row.

HCE	DNI	Nombres y Apellidos	Consultorio	Hora inicio	
			ENFERMERIA ACOGIDA	14:30:00	CrearAco... Atender
			EVALUACION INTEGRAL ADULTO Y ADULTO MAYOR	14:20:00	Atender
			PSICOLOGIA ADULTO Y ADULTO MAYOR	14:30:00	Atender Ver acogida
			ENFERMERIA ADULTO Y ADULTO MAYOR	14:30:00	Atender Ver acogida
			TERAPIA DE LENGUAJE	14:30:00	Atender Ver acogida
			TERAPIA OCUPACIONAL	14:30:00	Atender Ver acogida

Después del paciente haber sido atendido en la acogida, es derivado a la evaluación integral especificada. Posteriormente, se deriva al servicio de Psicología de su grupo de atención.



La atención especializada de Enfermería Niño y adolescente, Adicciones y adulto y adulto mayor consta de Valoración de los 11 patrones, que serán evaluados con el Diagnóstico de Enfermería NANDA

☰ PUESTO DE SALUD SANTA ISABEL DE VILLA SALUD MENTAL ADMINSTRACION DE REGISTRO

EVALUACIÓN ENFERMERIA ADULTO Y ADULTO MAYOR: Valoración de patrones

Datos del Usuario

 **Usuario** 00000000000000000000000000000000 **DNI/LE** 000000000 **Sexo** Femenino **Edad** 35 años, 10 meses, 27 días.

Diagnóstico del usuario >

No hay registros

Usuario nuevo Usuario continuador

Promocion de la salud > **1**

Aspecto General: Higiene y arreglo personal Inadecuado

Actitud ante enfermedad(*): Aceptación Rechazo Indiferencia Sobreevaluación

Hábitos tóxicos Tabaco Alhohol Otros

Expresion facial(*): Tensa Relajada Enfadada Otros

Resultado del patrón(*):

Nutricion > **2**

Peso (*): Kg. Talla (*): m. Perimetro abdominal (*): Cm.

Apetito (*): Aumentado Disminuido Observaciones sobre el apetito

Resultado del patrón (*):



Eliminación (Intestinal, Urinaria, De la piel)



3

Eliminaciones (*): Estreñimiento Diarrea Vómitos (espontáneos y provocados)
Sudoración excesiva Otros

Resultado del patrón

Digite el resultado de Eliminación

Actividad y ejercicio



4

Actividad de higiene personal (*): Espontánea Requiere instigación No se baña
Uso inadecuado de los servicios higiénicos

Actividad de vestido y aseo (*): Espontánea Requiere instigación No se acicala

Actividades de alimentación Dificultad para deglutar Dificultad para el manejo de utensilios
Modales no socialmente aceptables

Actividad psicomotriz Inhibición Agitación Reacciones extra piramidales Rigidéz Estereotipia Controlable
Limitante Incapacitante

Observación de actividad psicomotriz

Tiempo libre (*): Nulo Mal uso

Ejercicio Fatiga Cansancio Intolerancia a la actividad Palpitaciones Opresión precordial
Sensación de ahogo

Resultado del patrón (*):

Digite el resultado de Promoción de la salud

Sueño y descanso



5

Horas de sueño en la noche (*): Hr. Horas de sueño en el día (*): Hr.

Problemas sueño (*): Hiposomnias Insomnio Problemas al inicio Interrupción al despertar Pesadilla

Observación de problema de sueño

Resultado del patrón (*):

Digite el resultado de Sueño - descanso



Cognitivo - Perceptivo

6

Memoria (*): Conservadora Olvidos

Observaciones sobre memoria

Nivel conciencia (*): Lucido Somnoliento Hipervigilante Confusión Desrealización Solo sigue instrucciones

Orientación (*): Tiempo Espacio Persona

Atencion (*): Adecuada Fluctuante Distrabilidad

Percepcion Alucinaciones auditivas Alucinaciones visuales Alucinaciones olfatorias
 Alucinaciones táctiles Ilusiones

Observación de percepción

Alteracion curso pensamiento(*): Lógico Acelerado Inhibición Incoherente Perseverante

Contenido del pensamiento Delusiones Obsesiones Suspicias Ideación suicida Ideación homicida Compulsiones
 Referencia Persecución Culpa Grandeza

Detalle de alteracion de contenido del pensamiento

Resultado del patrón(*):

Rol - Relaciones

7

Con familia(*): Adecuado Aislado Agresividad - Violencia Conflictiva Indiferente

Observaciones de la relación con la familia

Con amigos (*): Adecuado Aislado Agresividad - Violencia Conflictiva Indiferente

Observaciones de la relación con los amigos

Con otros(*): Adecuado Aislado Agresividad - Violencia Conflictiva Indiferente

Observaciones de la relación con otros

Reaccion familia (*): Acepta Rechazo Indiferencia Cansancio Falta de experiencia

Reaccion comunidad(*): Acepta Rechazo Indiferente

Tipo de actividad que realiza el usuario

Tipo actividad hogar (*): Normal Parcial Inactivo

Tipo actividad trabajo(*): Eficiente Parcialmente eficiente Ineficiente

Miembro de la familia que aporta en el hogar(*): Padre Madre Esposo(a) Hijo(a) Usuario Otros

Observaciones de la aportación al hogar

Resultado del patrón (*):



Sexualidad - Reproducción

8

Sexualidad Dificultad en la identificación genérica La excitación y orgásmica Fetichismo Voyerismo Pedofilia Otros

Menarquia

Menopausia

Métodos anticonceptivos

Abortos

Problemas con la reproducción

Resultado del patrón

Terapia ocupacional

9

Reaccion emocional (*): Tristeza Irritabilidad Culpa Impotencia Sensación de vacío Desánimo Llanto fácil Pérdida del interés y el placer Autorreproche Miedo Euforia Cólera Fobia Hostil Tensión Sentimiento de susto Pesimismo Intranquilidad Sensación de ahogo Palpitaciones Miedo a perder el control, morir o volverse loco Aplanamiento Rabietas/pataletas

Observación de reacción emocional

Imagen corporal (*): Confusa Rechazada Autoestimulación

Autoestima (*): Valoración negativa Exageración de errores Sobrevaloración

Resultado del patrón(*):



Adaptación y tolerancia al estrés



10

¿Tuvo cambios o crisis importantes en los dos últimos años?, explique

¿La mayor parte del tiempo se encuentra tenso o relajado?, explique

¿Que le ayuda cuando se encuentra tenso?

¿Consume medicinas, drogas o alcohol cuando esta tenso?, detalle

¿Cuándo ha tenido cualquier problema en su vida, como lo ha solucionado?

¿La forma que eligió para solucionar su problema tuvo éxito?, explique

¿Tiene a alguien cercano a quien pueda contar sus problemas con confianza?, detalle

¿Cuando es necesario acude siempre a esta persona de confianza?, explique

Resultado del patrón (*):

Valores y creencias



11

¿Tiene planes a futuro?

¿Tiene algo o alguien importante en su vida?

¿Esta contento con su vida?

¿Tiene conflictos o preocupaciones importantes?

¿Suele conseguir lo que quiere?

¿Ve bien su futuro?

¿Tiene ideas o creencias importantes?

¿Algún conflicto con las creencias?

¿Realiza alguna terapia para su salud?

¿Pertenece a algún tipo de grupos o asociaciones?

¿Este grupo o asociación es importante para Ud.?

¿Tiene algún conflicto o oposición familiar por este grupo o asociaciones?

¿Practica alguna religión?

¿Esta religión es importante para usted?

¿Tiene algún conflicto o oposición por esta religión?

Resultado del patrón*



Adicionales

Confort Dolor crónico Agudo Otros

Condicion fisica Dolor crónico Agudo Otros

Asistencia control Siempre A veces Nunca

Observación asistencia a sus controles

Crecimiento Normal En riesgo Retraso

Desarrollo Normal En riesgo Retraso

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA - NANDA

Digite el diagnostico General de valoración de patrones

DERIVAR A ATENCION(ES) ESPECIALIZADA(S) :

Derivaciones a otros servicios



Motricidad Orofacial

Hábitos orales

Tonicidad

Labios NORMALES HIPOTONICOS HIPERTONICOS

Lengua NORMAL HIPOTINOCA HIPERTONICA

Mejillas NORMALES HIPOTONICAS HIPERTONICAS

Musculo mentoniano NORMAL HIPOTONICO HIPERTONICO

Respiración

Tipo CLAVICULAR ALTO CORTODIAFRAGMATICO ABDOMINAL

Modo NASAL ORAL MIXTO

Masticación

Rápida/Lenta SI ALGUNAS VECES

NO

Bilateral/Unilateral SI ALGUNAS VECES

NO

Solicita líquidos SI ALGUNAS VECES

NO

Deja residuos SI ALGUNAS VECES

NO

Dolor en la ATAM SI ALGUNAS VECES

NO

Deglución

Ruidosa SI ALGUNAS VECES

NO

Dolor al deglutir SI ALGUNAS VECES

NO

Sialorrea SI ALGUNAS VECES

NO

Se atora SI ALGUNAS VECES

NO

Protusión lingual SI ALGUNAS VECES

NO

Conclusiones (*)

Digite la conclusión

Plan de trabajo (*)

Digite el plan de trabajo

Sugerencia (*)

Digite alguna sugerencia

Derivación

DERIVAR A ATENCION(ES) ESPECIALIZADA(S) :

Derivaciones a otros servicios



- Actividades en la vida diaria			
Bañarse o ducharse	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Vestirse	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Alimentación	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Movilidad funcional	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Higiene y arreglo personal	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Actividad sexual	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Aseo - higiene en inodoro	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
- Actividades Instrumentales de la vida diaria			
Cuidado de los otros	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Cuidado de mascotas	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Movilidad en la comunidad	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Gestión financiera	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Gestión y mantenimiento de la salud	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Gestión del hogar	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Comida y limpieza	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Práctica de la religión	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Seguridad y emergencias	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Compras	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
- Descanso y sueño			
Descansar	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Dormir	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Prepararse para el sueño (rutinas)	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Prepararse (espacio físico)	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
- Trabajo			
Interes/Actividades para búsqueda de empleo	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Búsqueda y adquisición de empleo	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Rendimiento	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Preparación para la jubilación	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Participación en voluntariado	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
- Juego			
Exploración	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Participación	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
- Ocio - Tiempo libre			
Exploración	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Participación	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
- Participación social			
Comunidad	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Familia	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Compañeros - Amigos	<input type="radio"/> Independiente	<input type="radio"/> Dependencia parcial	<input type="radio"/> Dependiente
Comentario acerca del desempeño ocupacional*			
<input type="text" value="Digite con respecto al desempeño ocupacional"/>			
DERIVAR A ATENCION(ES) ESPECIALIZADA(S) :		<input type="button" value="Agregar"/>	
<input type="button" value="Guardar"/>		<input type="button" value="Cancelar"/>	

Derivaciones a otros servicios



VISITA DOMICILIARIA

Para poder acceder a las derivaciones de Visitas Domiciliarias, debemos ingresar al menú del lado izquierdo

The screenshot shows the SIHCE web application interface. On the left sidebar, the menu item 'Derivaciones para visita domiciliaria' is highlighted with an orange callout box containing the text: 'Acceso a las derivaciones y atenciones de Visitas Domiciliarias'. The main content area displays a search form for patients and a table of pending and attended home visits.

SIHCE DEL MINSA | SAN GENARO DE VILLA | SALUD MENTAL

PACIENTES: Lista de pacientes derivados a VISITA DOMICILIARIA

DNI: INGRESE EL NRO DOCUMENTO, NOMBRES O APELLIDOS DEL PACIENTE

CITAS PENDIENTES			CITAS ATENDIDAS			
Numero HCE	Tipo de documento	Numero de documento	Nombres y apellidos	Derivado por	Fecha de derivación	Acción
					05-10-2022	<input type="button" value="Atender"/>
					04-10-2022	<input type="button" value="Atender"/>
					02-10-2022	<input type="button" value="Atender"/>

