

**DATOS OBLIGATORIOS MINIMOS QUE DEBE TENER LA HISTORIA CLÍNICA DE LAS PRESTACIONES DE USO MÁS FRECUENTE (otras prestaciones ver “guía para atención de calidad”)**

**CONTROL DE SALUD NIÑO DE 0 A 5 AÑOS**

- HISTORIA CLÍNICA
- FECHA DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN
- EXAMEN FÍSICO SEGÚN CONSENSO / GUÍAS / PROTOCOLO
- PESO, PERCENTILO DE PESO/ EDAD
- TALLA , PERCENTILO TALLA/EDAD
- PESO/ TALLA (SEGÚN GRUPO)
- PERCENTILOS IMC
- PERÍMETRO CEFÁLICO ( menores de 1 año)
- **MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL Y DERIVACIÓN A ESPECIALISTA DESEABLE**
- EVALUACIÓN PSICOMADURATIVA
- FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ACTUANTE

**CONTROL DE SALUD NIÑO DE 6 A 9 AÑOS**

- HISTORIA CLÍNICA
- FECHA DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN
- EXAMEN FÍSICO SEGÚN CONSENSO / GUÍAS / PROTOCOLO
- PESO, PERCENTILO DE PESO/ EDAD
- TALLA , PERCENTILO TALLA/EDAD
- PESO/ TALLA (SEGÚN GRUPO)
- IMC, PERCENTILOS IMC
- CONSTANCIA O CERTIFICACIÓN DE COLOCACIÓN DE VACUNAS
- **MEDICIÓN DE AGUDEZA VISUAL Y DERIVACIÓN A ESPECIALISTA DESEABLE**
- FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ACTUANTE

**CONTROL DE SALUD DE ADOLESCENTES**

- REGISTRO EN LA H.CLINICA
- FIRMA DE NOTIFICACIÓN DE DERECHO DE CONFIDENCIALIDAD
- FECHA DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN
- PESO Y PERCENTILO DE PESO/ EDAD
- TALLA Y PERCENTILO TALLA/EDAD -PESO/ TALLA (SEGÚN GRUPO)
- TOMA DE TA
- IMC Y PERCENTILOS IMC
- REGISTRO DE ESTADIO DE TANNER
- EVALUACIÓN DE ESCOLIOSIS
- EVALUACIÓN GENITOURINARIA

- **CONSEJERÍA INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA/EMBARAZO(DESEABLE)**
- ANAMNESIS ALIMENTARIA
- EVALUACIÓN DE RIESGO INDIVIDUAL O FAMILIA VISITADA O COMUNIDAD
- SCREENING DE ITS SI CORRESPONDE
- CONSTANCIA O CERTIFICACIÓN DE COLOCACIÓN DE VACUNAS
- FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

#### SOBREPESO Y OBESIDAD

- REGISTRO EN LA HCI
- FECHA DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN
- PESQUISA DE DISTORSIÓN DE PERCEPCIÓN IMAGEN CORPORAL
- DETECCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS
- ANAMNESIS ALIMENTARIA
- EXAMEN FÍSICO SEGÚN CONSENSO O GUÍAS O PROTOCOLO
- PESO, PERCENTILO DE PESO/ EDAD
- TALLA, PERCENTILO DE TALLA/EDAD
- TOMA DE TA, PERCENTILO DE TA
- IMC, PERCENTILOS IMC
- CIRCUNFERENCIA DE CINTURA, PERCENTILO DE CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA
- INFORME O TRANSCRIPCIÓN DE ESTUDIOS SOLICITADOS
- TRATAMIENTO INSTAURADO (SI CORRESPONDE)
- PLAN DE SEGUIMIENTO (SI CORRESPONDE)
- FIRMA Y ACLARACIÓN DEL RESPONSABLE QUE REALIZA LA PRESTACIÓN

#### CONSULTA GINECOLÓGICA EN ADOLESCENTES

- REGISTRO EN LA HC
- FIRMA DE NOTIFICACIÓN DE DERECHO DE CONFIDENCIALIDAD
- FECHA DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN
- EVALUACIÓN GENITOURINARIA
- EVALUACIÓN MAMARIA
- FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

#### ASMA BRONQUIAL

- REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA
- RASTREO DE CONSUMO DE TABAQUISMO Y OTRAS DROGAS (SEGÚN CORRESPONDA) Y CONSEJO CONDUCTUAL BREVE DE CESE DE TABAQUISMO

- **FECHA DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN O NOTIFICACIÓN**
- **EVALUACIÓN DE RIESGO INDIVIDUAL O FAMILIA VISITADA O COMUNIDAD**
- **SÍNTOMAS O DIAGNÓSTICO CON PRUEBA CONFIRMATORIA (SI CORRESPONDE)**
- **ESTUDIOS REALIZADOS**
- **CLASIFICACIÓN SEGÚN SEVERIDAD**
- **TRATAMIENTO INSTAURADO (SI CORRESPONDE)**
- **PLAN DE SEGUIMIENTO (SI CORRESPONDE)**
- **FIRMA Y ACLARACIÓN DEL RESPONSABLE QUE REALIZA LA PRESTACIÓN**

### **ANEMIA**

- **REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA**
- **ANAMNESIS ALIMENTARIA**
- **FECHA DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN**
- **EVALUACIÓN DE RIESGO INDIVIDUAL O FAMILIA VISITADA O COMUNIDAD**
- **SÍNTOMAS O DIAGNÓSTICO CON PRUEBA CONFIRMATORIA (SI CORRESPONDE)**
- **ESTUDIOS REALIZADOS**
- **CLASIFICACIÓN SEGÚN SEVERIDAD**
- **TRATAMIENTO INSTAURADO (SI CORRESPONDE)**
- **PLAN DE SEGUIMIENTO (SI CORRESPONDE)**
- **FIRMA Y ACLARACIÓN DEL RESPONSABLE QUE REALIZA LA PRESTACIÓN**

## ADULTOS ENTRE 20 AÑOS Y 64 AÑOS

### DETECCIÓN DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES PREVALENTES

### CONSULTA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD RENAL, PREVENCIÓN, RASTREO Y/O DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ERC EN POBLACIÓN VULNERABLE

#### CONSULTA CON NEFROLOGÍA

#### CONSULTA CON CARDIOLOGÍA

#### CONSULTA DE SEGUIMIENTO DE PERSONAS CON DIABETES TIPO II

- REGISTRO EN LA HC
- USO DE PROTOCOLO
- ANAMNESIS ORIENTADA AL RIESGO
- FECHA DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN
- PESO , TALLA
- SOLICITUD DE LABORATORIO SEGÚN PROTOCOLO
- TOMA DE TA , IMC
- CIRCUNFERENCIA DE CINTURA
- SOLICITUD PERFIL LIPÍDICO (VARONES DE 40 A 64 AÑOS Y MUJERES DE 50 A 64 AÑOS).
- SOLICITUD DE GLUCEMIA EN AYUNAS PACIENTES DE RIESGO
- SOLICITUD DE ESTUDIOS POR IMÁGENES SEGÚN PROTOCOLO INFORME O TRANSCRIPCIÓN DE ESTUDIOS SOLICITADOS
- TRATAMIENTO INSTAURADO (SI CORRESPONDE)
- PLAN DE SEGUIMIENTO (SI CORRESPONDE)
- ESTIMACIÓN RCV TOTAL ENTRE LOS 40 Y 64 AÑOS CON “TABLAS DE PREDICCIÓN DEL RIESGO DE LA OMS/ISH”
- CONSEJO DIETA SALUDABLE EN ADULTOS DE RIESGO
- CONSEJERÍA EN ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTE CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CONSEJERÍA

#### CONSULTA GINECOLOGICA

- REGISTRO EN LA HC
- FECHA DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN
- EVALUACIÓN GENITOURINARIA
- EVALUACIÓN MAMARIA
- SOLICITUD DE MAMOGRAFIA EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS O SEGÚN RIESGO
- SOLICITUD/ O ENTREGA DE RESULTADOS DE PAP EN MUJERES MAYORES DE 25 AÑOS

- **FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL**

## **CONTROL DE SALUD**

- **REGISTRO EN LA HC**
- **ANAMNESIS ORIENTADA AL RIESGO RASTREO DE CONSUMO DE TABAQUISMO Y OTRAS DROGAS (SEGÚN CORRESPONDA) Y CONSEJO CONDUCTUAL BREVE DE CESE DE TABAQUISMO**
- **FECHA DE REALIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN**
- **PESO**
- **TALLA**
- **SOLICITUD DE LABORATORIO SEGÚN PROTOCOLO**
- **TOMA DE TA, IMC**
- **CONSEJERÍA INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y PREVENCIÓN ITS EN PACIENTE DE RIESGO/ ENTREGA DE ANTICONCEPCIÓN DE BARRERA Y/U HORMONAL**
- **SOLICITUD PERFIL LIPÍDICO (VARONES DE 40 A 64 AÑOS Y MUJERES DE 50 A 64 AÑOS). C/5 AÑOS ANTE RESULT. DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES**
- **SOLICITUD DE MAMOGRAFÍA EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS (CADA 2 AÑOS CON MAMOGRAFÍA NEGATIVA)**
- **SOLICITUD DE ESPIROMETRÍA EN PERSONAS CON CARGA TABÁQUICA >40 PAQUETES/AÑO**
- **SOLICITUD DE GLUCEMIA EN AYUNAS SEGÚN CORRESPONDA**
- **SOLICITUD DE COLONOSCOPIA/RECTOSIGMOIDEOSCOPIA (SEGÚN RIESGO)**
- **SCREENING ITS**
- **SOLICITUD DE TEST DE SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL INMUNOQUÍMICO: ENTRE 50 Y 64 AÑOS DE EDAD, SI CORRESPONDE (ANUAL)**
- **FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ACTUANTE**