MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE HIS

OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION

REGISTRO DIARIO DE ATENCION Y OTRAS ACTIVIDADES DE SALUD

TURNO: M T N

AÑO	MES	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS	D.N.I.	NOMBRE DEL RESPONSABLE

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC 10 / <<	DISTRITO 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA, HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P D R	VALOR LAB 1° 2° 3°	CÓDIGO CIE / CPT
1. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
2. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
3. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
4. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
5. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
6. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
7. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
8. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
9. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
10. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
11. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		

MINISTERIO DE SALUD

OFICINA GENERAL DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE HIS

OFICINA DE GESTION DE LA INFORMACION

REGISTRO DIARIO DE ATENCION Y OTRAS ACTIVIDADES DE SALUD

TURNO: M T N

AÑO	MES	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS	D.N.I.	NOMBRE DEL RESPONSABLE

DÍA	DNI / HISTORIA CLÍNICA / GESTANTE/PUERPERA	FINANC 10 / <<	DISTRITO 12 / CENTRO POBLADO	EDAD	SEXO	PERÍMETRO CEFÁLICO Y ABDOMINAL	EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA, HEMOGLOBINA	ESTABLECIMIENTO	SERVICIO	DIAGNÓSTICO, MOTIVO DE CONSULTA Y/O ACTIVIDAD DE SALUD	TIPO DE DIAGNÓSTICO P D R	VALOR LAB 1° 2° 3°	CÓDIGO CIE / CPT
1. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
2. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
3. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
4. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
5. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
6. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
7. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
8. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
9. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
10. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		
11. APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE:							F.N:			FECHA ÚLTIMO RESULTADO DE HB:		FUR:	
				A	M	PC	PESO	N	N	1	P D R		
										2	P D R		
				M		PAB	TALLA	C	C	3	P D R		
					F					4	P D R		
				D		Ppreg	HB	R	R	5	P D R		
										6	P D R		