ANEXO I: NORMATIVA VIGENTE

- Ley **17.622/68** y su decreto reglamentario **3110/70** crea al INDEC y le otorga la facultad de coordinar al SEN contando para ello, entre otros, con los servicios estadísticos de los Ministerios, de los gobiernos provinciales y los municipales.
- Ley **17.622/68:** las informaciones que suministra el SEN están protegidas por el secreto estadístico. Esto es, que son estrictamente secretas y sólo pueden utilizarse con fines estadísticos. Los datos deben ser suministrados y publicados, exclusivamente en compilaciones de conjunto, de modo que no pueda individualizarse las personas o entidades a quienes se refieren.
- Ley **10985** la Provincia de Bs. As –promulgación: Decreto 4212 de de 29/10/1990: establece, con fines estrictamente estadísticos, la incorporación obligatoria de los establecimientos privados (lucrativos y no lucrativos), como así también los dependientes de obras sociales, al Programa Provincial de Estadísticas en Salud, que se lleva a cabo a través de la Dirección de Información Sistematizada, dependiente de la Dirección de Planificación de la Salud, en el marco del "Programa Nacional de estadísticas de Salud".
- Decreto **4313/00-** promulgación 29/12/2000. Reglamenta la ley **10985,** e introduce sanciones en caso de incumplimiento: los establecimientos podrán ser sancionados en la forma prevista en el Reglamento de establecimientos asistenciales y de recreación, aprobado por el decreto 3282/90 o norma que en el futuro lo sustituya
- **Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria** (CEPS-AP), versión argentina creada por el Ministerio de salud de la Nación (Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades), para centros ambulatorios de salud y de programas sanitarios en marcha
- **Resolución 410:** Guías para el registro de un conjunto mínimo de datos para la identificación de los pacientes en los establecimientos sanitarios y servicios de atención de la salud- Ministerio de Salud de la Nación- Programa Nacional de Garantía de Calidad
- **Resolución 401:** normas para indicadores de cobertura de servicios de atención primaria de la salud- Ministerio de Salud de la Nación- Programa Nacional de Garantía de Calidad
- **Ley 15.465:** Régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria. Promulgada 1960, Actualmente vigente.

ANEXO II: Guía de cotejo- efectores de primer nivel
Entrevista a referentes clave de los Centros de Salud de la Municipalidad de La Plata
Observación del funcionamiento del sistema de información
Revisión documental

OBJETIVO: descripción y evaluación de los sistemas de información en establecimientos de primer nivel de atención

IDENTIFICACION DEL ESTABLECIMIENTO

1 Fecha de visita
2 Centro de Salud N°
3 Calle
4 Localidad
5 Provincia
6 Área de influencia- área programática (barrio- desde calle … hasta calle….)
Datos del encuestado:
7 Nombre y Apellido del encuestado
8 Cargo que ocupa el encuestado en el establecimiento:

ESTRUCTURA

RESPONSABLE
9 El Centro cuenta con personal administrativo?
Si la respuesta es SI
10 Título
11 Capacitación en SI y estadística
12 Cantidad de horas diarias cubiertas por el personal administrativo
13 Cuando el personal administrativo se retira del establecimiento, queda asegurado el registro de las actividades?
14 Cómo?
15 **Si la respuesta es NO**, de qué forma se realiza esta tarea? Detallar:
16 Observaciones:

EQUIPAMIENTO
17 Posee PC?
Si la respuesta es SI
18 Posee programa (soft) para la carga y análisis de datos?
19 Provisto por la municipalidad?
20 Realizado en el propio centro?
21 Otros:

NORMAS
22 Posee normas escritas en relación a la **captura y almacenamiento** de datos? (Adjuntar)
23 Posee normas escritas en relación a la **clasificación** de datos? (Adjuntar)
24 Posee normas escritas en relación al **procesamiento y análisis** de datos? (Adjuntar)
25 Posee normas escritas en relación a la **seguridad** de los datos e información? (Adjuntar)
26 En caso positivo, son provistas por la Municipalidad?
27 Otros:
28 Posee normas escritas (instructivo) en relación a la confección y archivo de las HC? (Adjuntar)
29 En caso positivo, son provistas por la Municipalidad?
30 Otros:

POSEE REGISTROS DE:

Responda si posee o no. En caso positivo si el formulario es estandarizado. En caso positivo quien lo provee M (municipio), P (provincia), N (nación), C (centro de salud)

31 Turnos
32 Visitas programadas
33 prestaciones médicas
34 prestaciones odontológicas
35 vacunaciones y enfermería
36 prestaciones sociales
37 prestaciones SAMO
38 horas trabajadas por personal de los centros - asistencia
39 medicamentos otorgados -altas y bajas de medicamentos
40 referencia - contrarreferencia
41 HC perinatal
42 HC pediátrica
43 HC adultos
44 HC infantil- preescolar y escolar
45 HC desnutridos
46 traslados en servicio de emergencia
47 enfermedades de denuncia obligatoria
48 Otros:
49 Cuenta con una sala de situación actualizada (mapas señalados, etc.)?
50 Población del área de influencia (área programática)
51 Población de embarazadas del área de influencia (área programática)
52 Población de mujeres en estado de puerperio del área de influencia (área programática)
53 Población de niños menores de un año del área de influencia (área programática)
54 Población con problemas de desnutrición del área de influencia (área programática)
55 Otros:
56 Seguimiento de planillas de contrarreferencia - (% planillas de contrarreferencia recibidas / planillas referencia emitidas)
57 Establecimientos de referencia según patología (con datos: tel. mail, dirección, contactos)
58 Datos enviados a las autoridades sanitarias?
59 Información enviada por las autoridades sanitarias (estadísticas, etc.)?
60 Otros:

PROCESOS

FASE DE INGRESO DE DATOS

RECOLECCION

61 A su entender, los formularios:
61.1 son demasiados
61.2 son los necesarios
61.3 contienen datos repetitivos
61.4 son claros
61.5 son confusos
61.6 la carga es tediosa
61.7 no hay inconveniente con la carga
61.8 Se podrían simplificar?
61.9 Cómo?
62 Las HC son legibles?

FASE DE ADMINISTRACION Y PROCESO DEL DATO

ALMACENAMIENTO

63 Cómo se localizan las HC? (identificadores)
63.1 DNI (orden numérico)
63.2 apellido (orden alfabético)
63.3 fecha de nacimiento (orden temporal)
63.4 Nº de HC

63.5 Otras
64 En caso de contar con PC, posee HC electrónica?
65 En caso de contar con PC, posee un depósito centralizado de datos a fin de evitar la duplicación y redundancia de los mismos?

CLASIFICACION

66 Los registros de prestaciones permiten clasificar las mismas por profesional que realizó la prestación?
67 Los registros de prestaciones (médicas, odontológicas, sociales, de enfermería, etc.) permiten clasificar las mismas según edad y sexo del paciente?
68 Los registros de prestaciones permiten clasificar las mismas por motivo de la prestación?
69 El registro de prestaciones médicas se encuentra clasificado por servicio?
70 En el registro de prestaciones médicas, los motivos de las mismas se clasifican utilizando alguna codificación?
71 CIE- 10
72 Codificación municipal
73 Codificación propia
74 Otra- detallar:
75 Se utiliza la misma codificación del diagnóstico en todos los registros (incluyendo HC, remediar, etc.)?
76 En caso contrario, explicite:
77 El registro de referencia- contrarreferencia se halla clasificado por servicio?
78 Observaciones

ACTUALIZACION

79 Con qué frecuencia se cargan los formularios y las HC? (excepto las planillas resúmenes)
80 Las planillas resúmenes con que frecuencia se confeccionan?
81 Frecuencia de excepciones (Ej.: enfermedades de denuncia obligatoria, etc.)
82 En caso de poseer PC, con qué frecuencia se cargan los datos en ella?
83 Se adjuntan o vuelcan en la HC los datos de los formularios (formularios de referencia - contrarreferencia, remediar, programas, etc.)
84 Con qué frecuencia?
85 En caso de poseer diferentes diseños de HC según edad y situación se unifican cuando corresponde?

PROCESAMIENTO

86 ¿En el centro se analizan los datos?
87 De qué manera?
88 Realiza un resumen semanal de enfermedades de denuncia obligatoria?
89 Está expuesto en forma visible?
90 En el centro, se confeccionan indicadores?
91 Cuales?
(Morbilidad, mortalidad, indicadores de cobertura)

FASE DE SALIDA DEL DATO

CONSULTA (TRANSFERENCIA Y DISTRIBUCION)

92 Con qué periodicidad se presentan los datos a las autoridades sanitarias?
93 Periodicidad de excepciones (ej: enfermedades de denuncia obligatoria, etc.)
94 Sabe que información obtienen las autoridades con los datos enviados por los centros?
95 Detalle:
96 Las autoridades sanitarias envían los resultados (retroalimentación)?
97 Son acompañadas por posibles pasos a seguir?
98 Con qué periodicidad?
99 Los analiza?
100 Cómo?
101 Propone acciones correctivas a partir de ellas?
102 Detalle:

SEGURIDAD

103 Guarda copia de los datos enviados a las autoridades sanitarias?
104 En caso negativo. Por qué?

105	En caso de tener PC, realiza copia de seguridad de sus archivos?

ANEXO III: Guía de cotejo - secretaría de salud
Entrevista a referentes clave de la Secretaria de Salud de la Municipalidad de La Plata
Revisión documental

FECHA:

Sector:

Organismo: Secretaría de Salud de la Municipalidad de La Plata

Objetivo del sector:

Entrevistado:

Función:

1. Cuáles son los datos y/o variables que tiene como objetivo recopilar y analizar el sector? Explicite o adjunte resumen
2. Posee normas escritas (reglamentación, instructivo, estandarización de indicadores) en relación a la captura, registro, archivo, clasificación, traslado interno y externo, análisis de datos y de utilización de información? Adjuntar
3. Son provistas por la Provincia, Nación, por la misma Municipalidad?
4. Detalle el proceso desde que se diseñan los formularios del sector a llenar por los centros, se envían, se recepcionan, se analizan, se comunican (a los centros, a los ministerios, etc.).
5. Cuáles son los formularios que su sector provee y solicita a los centros? Adjuntar
6. Conoce los formularios que otros sectores de la Municipalidad proveen y solicitan a los centros? En caso positivo, cuáles son? Adjuntar
7. La Municipalidad, tiene acceso a los formularios que deben llenar los centros de salud para cumplimentar los requerimientos de los programas provinciales y nacionales?
8. En caso positivo, cuáles son los formularios que otras jurisdicciones o programas proveen o solicitan a los centros? Adjuntar
9. Los supervisa?
10. A su entender son coherentes entre si?
11. Ha identificado duplicación de datos en los formularios, ya sean estos de la misma o distinta jurisdicción? Explique:
12. Ha identificado otro tipo de defectos en este tipo de formularios? (por ejemplo que no son claros, que no están vinculados los datos solicitados con la información que se pretende obtener, que producen fatiga en el llenado, etc.) Explique
13. Tiene la posibilitad de tomar medidas al respecto?
14. Cuáles?
15. Incorpora a su análisis estadístico los datos adicionales que brindan las planillas ajenas a su sector / jurisdicción? Explique:
16. Al convertir los datos recopilados en información, se utilizan la totalidad de los mismos?
17. En caso negativo, en qué proporción cree que se utilizan?
18. Quién solicita la información que genera su sector?
19. Con qué frecuencia?
20. Envía la devolución de información (estadísticas- retroalimentación) a los centros de salud?
21. Con qué frecuencia?
22. Es acompañada por posibles pasos a seguir?
23. Tiene instrumentado un sistema integrado de información que contemple la publicación periódica de los datos elaborados? Adjunte

24. Se toman medidas o se impulsan acciones a partir de la información que surge del análisis de los datos? Explique:
25. Tiene disponible datos de producción y rendimiento de los centros?
26. De qué período?

ANEXO IV: Registros

En el presente Anexo, se puede visualizar el detalle los 37 registros incluidos en el Diccionario de Registros.

Registro 1

Dirección General de Evaluación y Control de Gestión

2

Informe Diario de Consultorio Externo

Municipalidad de La Plata - Secretaría de Salud y Medicina Social

Mes ___ Año ___

Hoja Nº ___ De ___

Centro de Salud Nº 4 4 1 Especialidad ___ Profesional ___

Día	Apellido y Nombres	H. C. Nº	O. S.		Cons.		Edad y Sexo																Domicilio (calle y número entre)	Barrio / Localidad	Motivo de Consulta (código)	Prescripción (código)	Derivación (código)
							< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		20 a 34		35 a 49		50 a 64		65 y +						
			Sí	No	1ª	Ult.	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M					
	TOTALES																								TOTALES				

Firma del jefe

Sello y aclaración

Registro 2

Dirección General de
Evaluación y Control de Gestión

2.1

Informe Mensual de Consultorio Externo

Municipalidad de La Plata - *Secretaría de Salud y Medicina Social*

Mes ☐☐ Año ☐☐

Hoja N° ☐☐ De: ☐☐

Centro de Salud n° : 4 4 1

Servicio	Código	O.S.		Cons.		Edad y Sexo																				Total	Consultas Ginecol.	Consultas Obst.	Controles de Salud		Deriv
						<1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		20 a 34		35 a 49		50 a 64		65 y +									
(Nombre del Profesional)		Si	No	1°	Ult	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V	M						*(Código)*	*(Cantidad)*	*(Código)*
TOTAL																															

Firma del jefe *Sello y aclaración*

Registro 3

Municipalidad de La Plata

CENTRO DE SALUD Nº_____

PLANILLA DE VACUNAS Y ENFERMERIA F-12

Mes _____ Año _____

Día	Edad	Nombre y Apellido	Domicilio	Mutual	D.P.T.				Sabin				Cuádruple				Doble Adultos				S.R.P.		A.S.		B.C.G.		Anti-Hep. B				Nebulizaciones		Inyección	Curación	Control		
					1	2	3	r	1	2	3	r	1	2	3	r	1	2	3	r	1ª	REF	1ª	REF	1º mes	REF	1	2	3	r	O2	Eléctr.			T.A.	CAH	Tº

Registro 4

Centro de Salud Nº _____ Mes _____ Año _____

RESUMEN MENSUAL ESTADISTICO

Total de lactantes bajo programa	
Total de preescolares bajo programa	
Total de embarazadas bajo programa	
Total de gerontes bajo programa	
Total de lactantes que reciben leche	
Total de otros niños que reciben leche	
Total de niños que reciben leche	
Total de embarazadas que reciben leche	
Total de gerontes que reciben leche	
Total de kg. de leche entregados a niños	
Total de kg. de leche entregados a embarazadas	
Total de kg. de leche entregados a gerontes	
Total de kg. de leche entregados fuera de programa	
Total de kg. de leche entregados	

INFORME DE ENFERMERIA

P/ estaciones Enfermero	Vacunas	Inyecciones	Curaciones	Controles	Nebulizaciones	Total
Total						

INFORME DE VACUNACION

	Vacuna / Edad	D.P.T.	Sabin	Cuadr.	Doble Adultos	S.R.P.	A.S.	B.C.G.	Anti Hep. B	Total
Pre-escolar	Lactantes (menos de 1 año)									
	1 año									
	2 a 4 años									
	5 a 6 años									
Escolar	7 a 9 años									
	10 a 17 años									
	Adultos (más de 18 años)									
	Embarazadas									
	TOTAL									

Registro 5

Municipalidad de La Plata

CENTRO DE SALUD	LOCALIDAD	MES	
CODIGO	PROFESIONAL	R.H.	AÑO

PRODUCCION ODONTOLOGICA DIARIA POR PROFESIONAL

				EDAD Y SEXO								OB. SO.		TIPO CONSUL.		PZA. DEN.	CODIGOS DE PRESTACIONES																				
				0-6		6-12		12-18		> 18								200				CIRU	PREVEN.	E.PE	E.PU.	Rx										DERIV.	
DIA	APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y DOC. Nº	DOMICILIO	V	M	V	M	V	M	V	M	S	N	1ª	Ult.		100	I	II	III	IV	1000	500	700	800	300	900	U.O.	MED	M1.	C1.	M2.	C2.	L.	M.
			Subtotales																																		
						Totales																		TOTALES										TOTALES			

Registro 6

ANUAL
11-2 PRODUCCION MENSUAL SERVICIO DE ODONTOLOGIA

1-MES ☐☐ 2-AÑO ☐☐

3- ESTABLECIMIENTO ☐☐☐☐☐		4- DEPENDENCIA ☐
5- PARTIDO ☐☐☐	6- LOCALIDAD ☐☐☐	7-REGION ☐☐

8- EDAD Y SEXO				9-RES. HAB.		10- O. SOC.		11- PACIENTE		12- DIAGNOSTICO				
-15		+15		ESTE PART.	OTRO PART.	SI	NO	1ª VEZ	ALTAS	CARIES	ENF. PUL.	ENF. PER.	PREVEN.	OTROS
V	M	V	M											

NIVELES COMPLEJ.			13- CONSULTAS			14- NUMERO	15- PORC.	16- INSUMOS	17- UNIDADES
TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD	SEGUNDO NIVEL DE COMPLEJIDAD	PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD	13-1 PROMOCION	1- INDIVIDUAL				ANESTUBOS	
				2- CHARLAS COLECTIVAS				ALGODON	
			13-2 PREVENCION	1- INDIVIDUAL				AGUJAS DESCART.	
				2- COLECTIVAS				CEMENTO FOSFATO	
			13-3 CONSULTAS	1- FICHADO				BARNIZ	
				2- OTRAS CONSULTAS				CEPILLITOS TORNO	
			13-4 DIAG.PRECOZ	1- CARIES				EUGENOL	
				2- ENDODONCIA				ESCARIADORES	
			13-5	1- CARIES	AMALGAMA			FRE. DIAM. TURB.	
					COMPOSITE			FRE. CARB. TUNGT.	
				2- EXODONCIAS				FRE. ACERO	
				3- ALVEOLITIS				FORMOCRESOL	
				4- CIRUGIA				GASA	
				5- ENDODONCIA				LIMADURAS DE AG.	
				6- PERIODONCIA				LIMAS	
				7- ODONTOPEDIATRIA				LENTULOS	
			13-6 REHABILITACION	1- ORTODONCIA Y ORTOPEDIA	CONSULTAS			MERCURIO	
					ALT. FIJA			OXIDO DE CALCIO	
					ALT. REMOVIB.			PIEDRAS	
					PASOS INTER.			SELLADOR FO. Y FI.	
				2- ORTOPEDIA	CORONAS			TIRANERVIOS	
					FIJAS			YODOFORMO	
					REMOVIBLES			ZOER'S O IRM	
					COMPLETAS			PLACAS RADIOG.	
			13-7 INTERMEDIOS	1- LABORATORIO	ORTODONCIA			18- TOTAL UNIDADES ODONTOLOGICAS	
					PROTESIS				
				2- RADIOLOGIA					
			13-8 TOTAL						

19- ACTIVIDAD PROGRAMADA: 19-1 Nº DE ESCUELAS 19-2- Nº DE ALUMNOS

20- PLANTEL BASICO	REGIMEN HORARIO SEMANAL					21- EQUIPAMIENTO QUE NO FUNCIONA (DETALLAR)
	18 HS	24 HS	36 HS	OTRO	TOTAL	
Nº ODONT. RENTADOS						
Nº ODONT. RESIDENTES						
Nº ODONT. CONCURRENTES						
PASANTIAS						
TOTAL						
22- RESERVADO NIVEL CENTRAL						23- FIRMA Y SELLO JEFE DE SERVICIO

EN EL TITULO TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA (MENSUAL O ANUAL)

Registro 7

11.2

HOJA DE RUTA DE ODONTOLOGIA

1. S.A.B.O. sí ( ) 1 no ( ) 2

2. MES:

3. AÑO

4. ZONA SANIT.

5. ESTABLECIMIENTO: .....

6. DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA: .....

7. PARTIDO: .....

ODONTOLOGO	9. TOTAL DE PRESTACIONES	10. PRESTACIONES POR CONDICIÓN				11. TOTAL DE UNID. ODONTOLOG.
		10.1. A	10.2. B	10.3. C	10.4. S/E	
12. TOTALES						

Registro 8

Ministerio de Salud
Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

SISTEMA DE REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA
HOJA DE INTERCONSULTA Y/O DERIVACIÓN
COMPROBANTE PARA LA HISTORIA CLÍNICA Nº 134602

Nombre:
Apellido:
Domicilio:
Beneficiario Nº
Fecha de solicitud:
Fecha de respuesta:
Interconsulta y/o derivación al Servicio de:

Ministerio de Salud
Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

SISTEMA DE REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA
HOJA DE INTERCONSULTA Y/O DERIVACIÓN
PARA REFERENCIA Nº 134602

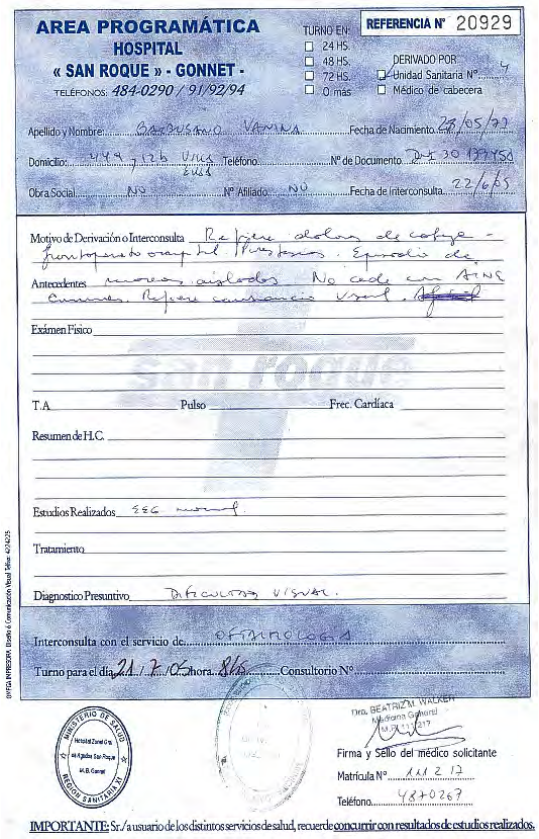
Municipalidad
Centro de Salud:
Nombre
Apellido:
Edad:
Domicilio:
Beneficiario Nº
Fecha de solicitud:
Fecha de respuesta:
Interconsulta al servicio de:
Hospital / CRRM:
Motivo de consulta:
Signos y Síntomas:
Resultado de análisis y estudios complementarios:
Alternativas de intervención planteadas y tratamiento realizado:
Diagnósticos presuntivos:
Fecha de solicitud:
Hora:.....
Médico solicitante:.....
Urgente:
Si ☐ No ☐

Ministerio de Salud
Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

SISTEMA DE REFERENCIA-CONTRARREFERENCIA
HOJA DE INTERCONSULTA Y/O DERIVACIÓN
PARA CONTRARREFERENCIA Nº 134602

Servicio de:
Nombre y apellido:
Se realiza interconsulta hallándose:
Fecha de Interconsulta:
Se realizan los siguientes estudios (que se adjuntan SI ☐ NO ☐)
Diagnóstico:
Conducta a seguir:
Fecha :
Lugar:.....
Médico actuante:.....

Registro 9 referencia



AREA PROGRAMÁTICA
HOSPITAL
« SAN ROQUE » - GONNET -
TELÉFONOS: 484-0290 / 91/92/94

REFERENCIA N° 20929

TURNO EN: 24 HS. / 48 HS. / 72 HS. / 0 más

DERIVADO POR: Unidad Sanitaria N°: 4 / Médico de cabecera

Apellido y Nombre: GARZUSAMO VANINA Fecha de Nacimiento: 27/05/92
Domicilio: 449 y 12 b Uruz 2145 Teléfono: Nº de Documento: DNI 30 177 954
Obra Social: NO Nº Afiliado: NO Fecha de Interconsulta: 22/6/05

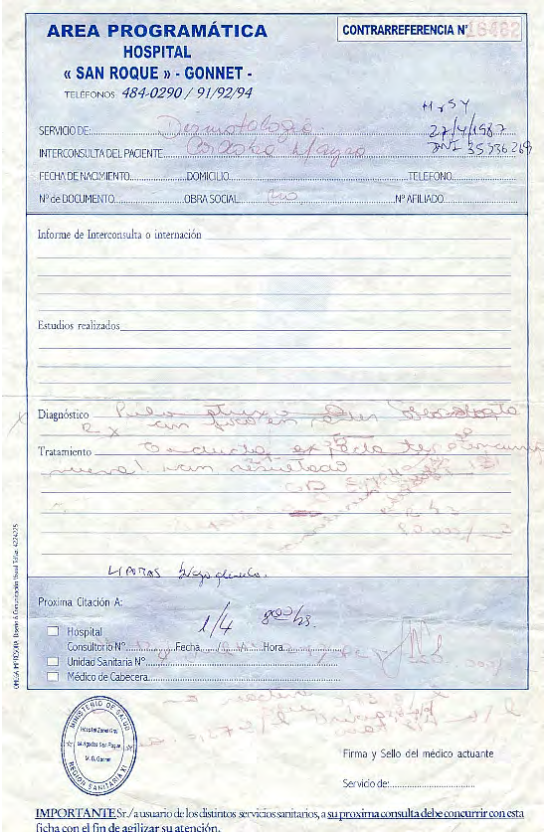
Motivo de Derivación o Interconsulta: Refiere alrededor de cefalea - fotopsias oculares. Episodio de
Antecedentes: menores aislados. No cada con ATNS
Examen Físico:
T.A. Pulso Frec. Cardíaca
Resumen de H.C.:
Estudios Realizados: EEG normal.
Tratamiento:
Diagnostico Presuntivo: Dificultades visuales.

Interconsulta con el servicio de: OFTALMOLOGIA
Turno para el día: 21 / 7 / 05 hora: 8hs. Consultorio N°:

Firma y Sello del médico solicitante
Matrícula N°: 111 2 17
Teléfono: 484-0267

IMPORTANTE: Sr./a usuario de los distintos servicios de salud, recuerde concurrir con resultados de estudios realizados.

Registro 9 contrarreferencia



AREA PROGRAMÁTICA
HOSPITAL
« SAN ROQUE » - GONNET -
TELÉFONOS: 484-0290 / 91/92/94

CONTRARREFERENCIA N° 16482

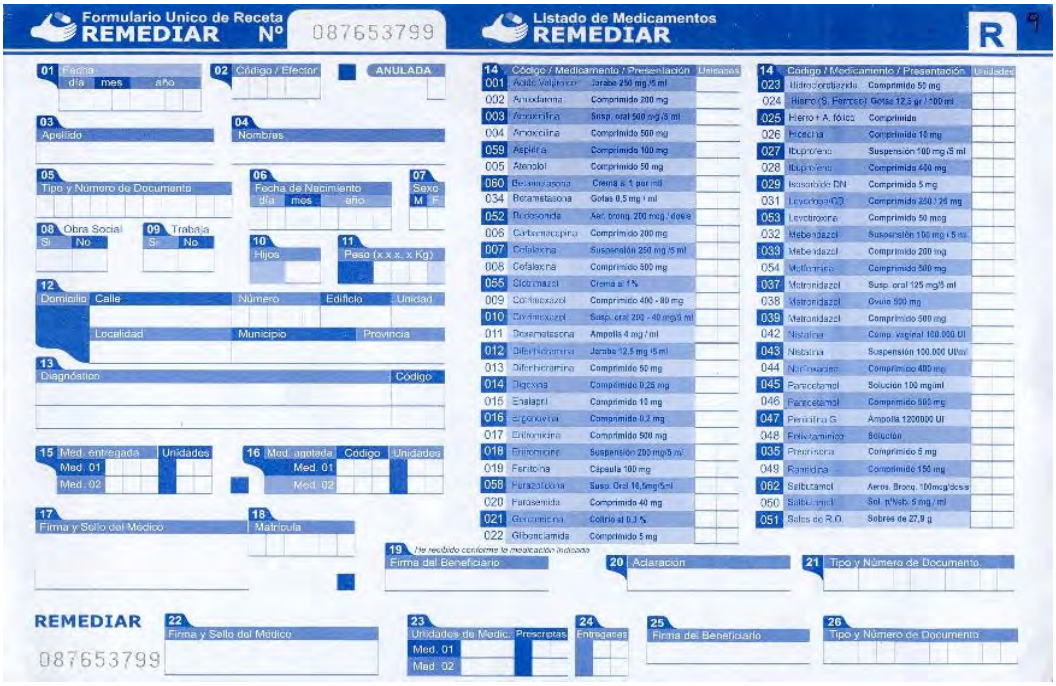
SERVICIO DE: Dermatología
INTERCONSULTA DEL PACIENTE: Corzoto Magno
FECHA DE NACIMIENTO: DOMICILIO: TELEFONO:
Nº de DOCUMENTO: OBRA SOCIAL: Ninguna Nº AFILIADO:

Informe de Interconsulta o internación:
Estudios realizados:
Diagnóstico:
Tratamiento:
Próxima Citación A:
Hospital
Consultorio N°: Fecha: Hora:
Unidad Sanitaria N°:
Médico de Cabecera:

Firma y Sello del médico actuante
Servicio de:

IMPORTANTE Sr./a usuario/a de los distintos servicios sanitarios, a su proxima consulta debe concurrir con esta ficha con el fin de agilizar su atención.

Registro 10



Formulario Unico de Receta REMEDIAR Nº 087653799

01 Fecha (día mes año)
02 Código / Efector
ANULADA
03 Apellido
04 Nombres
05 Tipo y Número de Documento
06 Fecha de Nacimiento (día mes año)
07 Sexo M F
08 Obra Social Si No
09 Trabaja Si No
10 Hijos
11 Peso (x.x.x. x Kg)
12 Domicilio: Calle Número Edificio Unidad
Localidad Municipio Provincia
13 Diagnóstico Código
15 Med. entregada Unidades: Med. 01, Med. 02
16 Med. agotada Código Unidades: Med. 01, Med. 02
17 Firma y Sello del Médico
18 Matrícula
19 He recibido conforme la medicación indicada. Firma del Beneficiario
20 Aclaración
21 Tipo y Número de Documento

Listado de Medicamentos REMEDIAR

14 Código	Medicamento / Presentación	Unidades
001	Acido Valproico — Jarabe 250 mg /5 ml	
002	Amiodarona — Comprimido 200 mg	
003	Amoxicilina — Susp. oral 500 mg/5 ml	
004	Amoxicilina — Comprimido 500 mg	
059	Aspirina — Comprimido 100 mg	
005	Atenolol — Comprimido 50 mg	
060	Betametasona — Crema al 1 por mil	
034	Betametasona — Gotas 0,5 mg / ml	
052	Budesonida — Aer. bronq. 200 mcg. / dosis	
006	Carbamazepina — Comprimido 200 mg	
007	Cefalexina — Suspensión 250 mg /5 ml	
008	Cefalexina — Comprimido 500 mg	
055	Clotrimazol — Crema al 1 %	
009	Cotrimoxazol — Comprimido 400 - 80 mg	
010	Cotrimoxazol — Susp. oral 200 - 40 mg/5 ml	
011	Dexametasona — Ampolla 4 mg / ml	
012	Difenhidramina — Jarabe 12,5 mg /5 ml	
013	Difenhidramina — Comprimido 50 mg	
014	Digoxina — Comprimido 0,25 mg	
015	Enalapril — Comprimido 10 mg	
016	Espironolactona — Comprimido 0,2 mg	
017	Eritromicina — Comprimido 500 mg	
018	Eritromicina — Suspensión 200 mg/5 ml	
019	Fenitoina — Cápsula 100 mg	
058	Fenobarbitona — Susp. Oral 14,5mg/5ml	
020	Furosemida — Comprimido 40 mg	
021	Gentamicina — Collirio al 0,3 %	
022	Glibenclamida — Comprimido 5 mg	

14 Código	Medicamento / Presentación	Unidades
023	Hidroclorotiazida — Comprimido 50 mg	
024	Hierro (S. Ferroso) — Gotas 12,5 gr / 100 ml	
025	Hierro + A. fólico — Comprimido	
026	Hioscina — Comprimido 10 mg	
027	Ibuprofeno — Suspensión 100 mg /5 ml	
028	Ibuprofeno — Comprimido 400 mg	
029	Isosorbide DN — Comprimido 5 mg	
031	Levodopa/CD — Comprimido 250 / 25 mg	
053	Levotiroxina — Comprimido 50 mcg	
032	Mebendazol — Suspensión 100 mg / 5 ml	
033	Mebendazol — Comprimido 200 mg	
054	Metformina — Comprimido 500 mg	
037	Metronidazol — Susp. oral 125 mg/5 ml	
038	Metronidazol — Óvulo 500 mg	
039	Metronidazol — Comprimido 500 mg	
042	Nistatina — Comp. vaginal 100.000 UI	
043	Nistatina — Suspensión 100.000 UI/ml	
044	Nitrofurantoina — Comprimido 400 mg	
045	Paracetamol — Solución 100 mg/ml	
046	Paracetamol — Comprimido 500 mg	
047	Penicilina G — Ampolla 1200000 UI	
048	Prednisolona — Solución	
035	Prednisona — Comprimido 5 mg	
049	Ranitidina — Comprimido 150 mg	
062	Salbutamol — Aerosol Bronq. 100mcg/dosis	
050	Salbutamol — Sol. p/Neb. 5 mg / ml	
051	Sales de R.O. — Sobres de 27,9 g	

REMEDIAR 087653799
22 Firma y Sello del Médico
23 Unidades de Medic. Prescriptas: Med. 01, Med. 02
24 Entregadas
25 Firma del Beneficiario
26 Tipo y Número de Documento

Registro 11

REMEDIAR — FORMULARIO DE CONTROL DIARIO DE STOCK EN DEPÓSITO (1ra Quincena) — **B1**

Código	Medicamento	Presentación	Saldo Inicial	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Suma (Suma 1 a 15)	Saldo 1ra Q (Saldo inic.+suma 1)
001	Ácido Valproico	Jarabe 250 mg /5 ml																		
002	Amiodarona	Comprimido 200 mg																		
003	Amoxicilina	Susp. oral 500 mg /5 ml																		
004	Amoxicilina	Comprimido 500 mg																		
059	Aspirina	Comprimido 100 mg																		
005	Atenolol	Comprimido 50 mg																		
060	Betametasona	Crema al 1 por mil																		
034	Betametasona	Gotas 0,5 mg / ml																		
052	Budesonide	Aer. bronq. 200 mcg / dosis																		
006	Carbamazepina	Comprimido 200 mg																		
007	Cefalexina	Suspensión 250 mg /5 ml																		
008	Cefalexina	Comprimido 500 mg																		
055	Clotrimazol	Crema al 1%																		
009	Cotrimoxazol	Comprimido 400 - 80 mg																		
010	Cotrimoxazol	Susp. oral 200 - 40 mg/5 ml																		
011	Dexametasona	Ampolla 4 mg / ml																		
012	Difenhidramina	Jarabe 12,5 mg /5 ml																		
013	Difenhidramina	Comprimido 50 mg																		
014	Digoxina	Comprimido 0,25 mg																		
015	Enalapril	Comprimido 10 mg																		
016	Eritromicina	Comprimido 0,5 mg																		
017	Eritromicina	Comprimido 500 mg																		
018	Eritromicina	Suspensión 200 mg/5 ml																		
019	Fenitoína	Cápsula 100 mg																		
058	Furazolidona	Susp. Oral 10,5mg/5ml																		
020	Furosemida	Comprimido 40 mg																		
021	Gentamicina	Colirio al 0,3 %																		
022	Gliberclamida	Comprimido 5 mg																		
023	Hidroclorotiazida	Comprimido 50 mg																		
024	Hierro (S. Ferroso)	Gotas 12,5 gr / 100 ml																		
025	Hierro + A. fólico	Comprimido																		
026	Hioscina	Comprimido 10 mg																		
027	Ibuprofeno	Suspensión 100 mg /5 ml																		
028	Ibuprofeno	Comprimido 400 mg																		
029	Isosorbide DN	Comprimido 5 mg																		
031	Levodopa/CD	Comprimido 250 / 25 mg																		
053	Levotiroxina	Comprimido 50 mcg																		
032	Mebendazol	Suspensión 100 mg / 5 ml																		
033	Mebendazol	Comprimido 200 mg																		
054	Metformina	Comprimido 500 mg																		
037	Metronidazol	Susp. oral 125 mg/5 ml																		
038	Metronidazol	Óvulo 500 mg																		
039	Metronidazol	Comprimido 500 mg																		
042	Nistatina	Comp. vaginal 100.000 UI																		
043	Nistatina	Suspensión 100.000 UI/ml																		
044	Norfloxacina	Comprimido 400 mg																		
045	Paracetamol	Solución 100 mg/ml																		
046	Paracetamol	Comprimido 500 mg																		
047	Penicilina G	Ampolla 1200000 UI																		
048	Polivitamínico	Solución																		
035	Prednisona	Comprimido 5 mg																		
049	Ranitidina	Comprimido 150 mg																		
062	Salbutamol	Aeros. Bronq. 100mcg/dosis																		
050	Salbutamol	Sol. p/Neb. 5 mg / ml																		
051	Sales de R.O.	Sobres de 27,9 g																		

Registro 12

REMEDIAR — FORMULARIO DE CONTROL MENSUAL DE STOCK — 110088113 — **B**

COMPLETAR EL ÚLTIMO DÍA HABIL DEL MES EN CURSO

01 Fecha — día | mes | año

02 Código / Efector

03 Consultas Totales

04 Recetas Totales del mes

05 Indique los códigos de los medicamentos del botiquín Remediar que se agotan rápidamente y que son necesarios para satisfacer las necesidades de su Centro.

Cod. Prob. de Salud	Unidades Faltantes
Cod. 01	
Cod. 02	
Cod. 03	
Cod. 04	

06 Código	Medicamento	Presentación	07 Saldo inicial	08 Unid. recibid.	09 Unid. entreg.	10 Saldo final
001	Ácido Valproico	Jarabe 250 mg /5 ml				
002	Amiodarona	Comprimido 200 mg				
003	Amoxicilina	Susp. oral 500 mg /5 ml				
004	Amoxicilina	Comprimido 500 mg				
059	Aspirina	Comprimido 100 mg				
005	Atenolol	Comprimido 50 mg				
060	Betametasona	Crema al 1 por mil				
034	Betametasona	Gotas 0,5 mg / ml				
052	Budesonide	Aer. bronq. 200 mcg / dosis				
006	Carbamazepina	Comprimido 200 mg				
007	Cefalexina	Suspensión 250 mg /5 ml				
008	Cefalexina	Comprimido 500 mg				
055	Clotrimazol	Crema al 1%				
009	Cotrimoxazol	Comprimido 400 - 80 mg				
010	Cotrimoxazol	Susp. oral 200 - 40 mg/5 ml				
011	Dexametasona	Ampolla 4 mg / ml				
012	Difenhidramina	Jarabe 12,5 mg /5 ml				
013	Difenhidramina	Comprimido 50 mg				
014	Digoxina	Comprimido 0,25 mg				
015	Enalapril	Comprimido 10 mg				
017	Eritromicina	Comprimido 500 mg				
018	Eritromicina	Suspensión 200 mg/5 ml				
019	Fenitoína	Cápsula 100 mg				
058	Furazolidona	Susp. Oral 10,5mg/5ml				
020	Furosemida	Comprimido 40 mg				
021	Gentamicina	Colirio al 0,3 %				
022	Gliberclamida	Comprimido 5 mg				
023	Hidroclorotiazida	Comprimido 50 mg				
024	Hierro (S. Ferroso)	Gotas 12,5 gr / 100 ml				
025	Hierro + A. fólico	Comprimido				

06 Código	Medicamento	Presentación	07 Saldo inicial	08 Unid. recibid.	09 Unid. entreg.	10 Saldo final
026	Hioscina	Comprimido 10 mg				
027	Ibuprofeno	Suspensión 100 mg /5 ml				
028	Ibuprofeno	Comprimido 400 mg				
031	Levodopa/CD	Comprimido 250 / 25 mg				
053	Levotiroxina	Comprimido 50 mcg				
032	Mebendazol	Suspensión 100 mg / 5 ml				
033	Mebendazol	Comprimido 200 mg				
054	Metformina	Comprimido 500 mg				
037	Metronidazol	Susp. oral 125 mg/5 ml				
038	Metronidazol	Óvulo 500 mg				
039	Metronidazol	Comprimido 500 mg				
042	Nistatina	Comp. vaginal 100.000 UI				
043	Nistatina	Suspensión 100.000 UI/ml				
044	Norfloxacina	Comprimido 400 mg				
045	Paracetamol	Solución 100 mg/ml				
046	Paracetamol	Comprimido 500 mg				
047	Penicilina G	Ampolla 1200000 UI				
048	Polivitamínico	Solución				
035	Prednisona	Comprimido 5 mg				
049	Ranitidina	Comprimido 150 mg				
062	Salbutamol	Aeros. Bronq. 100mcg/dosis				
050	Salbutamol	Sol. p/Neb. 5 mg / ml				
051	Sales de R.O.	Sobres de 27,9 g				
064 *	Mebendazol	Comprimidos 500 mg				
065 *	Mebendazol	Comprimidos masticables 100 mg				
063 *	Mebendazol	Frasco x 25 ml - 100 mg/5 ml				
099	Cepillos dentales adultos					
100	Cepillos dentales niños					
101	Pasta dental niños					
102	Pasta dental adultos					

11 Firma y aclaración responsable del Centro

12 Tipo y Número de Documento

* Programa de Desparasitación Masiva
• Programa de Salud Bucal

Registro 13

FORMULARIO REGISTRO DE BAJA DE MEDICAMENTOS
REMEDIAR

110089819 **M**

01 Efector

02 Código

03 Fecha
día mes año

04 Medicamentos de baja

Código	unidades de baja	Medicamento	Presentación	Motivo
001		Acido Valproico	Jarabe 250 mg /5 ml	
002		Amiodarona	Comprimido 200 mg	
003		Amoxicilina	Susp. oral 500 mg /5 ml	
004		Amoxicilina	Comprimido 500 mg	
059		Aspirina	Comprimido 100 mg	
005		Atenolol	Comprimido 50 mg	
060		Betametasona	Crema al 1 por mil	
034		Betametasona	Gotas 0,5 mg / ml	
052		Budesonide	Aer. bronq. 200 mcg / dosis	
006		Carbamazepina	Comprimido 200 mg	
007		Cefalexina	Suspensión 250 mg /5 ml	
008		Cefalexina	Comprimido 500 mg	
055		Clotrimazol	Crema al 1%	
009		Cotrimoxazol	Comprimido 400 - 80 mg	
010		Cotrimoxazol	Susp. oral 200 - 40 mg/5 ml	
011		Dexametasona	Ampolla 4 mg / ml	
012		Difenhidramina	Jarabe 12,5 mg /5 ml	
013		Difenhidramina	Comprimido 50 mg	
014		Digoxina	Comprimido 0,25 mg	
015		Enalapril	Comprimido 10 mg	
017		Eritromicina	Comprimido 500 mg	
018		Eritromicina	Suspensión 200 mg/5 ml	
019		Fenitoina	Cápsula 100 mg	
058		Furazolidona	Susp. Oral 16,5mg/5ml	
020		Furosemida	Comprimido 40 mg	
021		Gentamicina	Colirio al 0,3 %	
022		Glibenclamida	Comprimido 5 mg	
023		Hidroclorotiazida	Comprimido 50 mg	
024		Hierro (S. Ferroso)	Gotas 12,5 gr / 100 ml	
025		Hierro + A. fólico	Comprimido	

Código	unidades de baja	Medicamento	Presentación	Motivo
026		Hioscina	Comprimido 10 mg	
027		Ibuprofeno	Suspensión 100 mg /5 ml	
028		Ibuprofeno	Comprimido 400 mg	
031		Levodopa/CD	Comprimido 250 / 25 mg	
053		Levotiroxina	Comprimido 50 mcg	
032		Mebendazol	Suspensión 100 mg / 5 ml	
033		Mebendazol	Comprimido 200 mg	
054		Metformina	Comprimido 500 mg	
037		Metronidazol	Susp. oral 125 mg/5 ml	
038		Metronidazol	Ovulo 500 mg	
039		Metronidazol	Comprimido 500 mg	
042		Nistatina	Comp. vaginal 100.000 UI	
043		Nistatina	Suspensión 100.000 UI/ml	
044		Norfloxacina	Comprimido 400 mg	
045		Paracetamol	Solución 100 mg/ml	
046		Paracetamol	Comprimido 500 mg	
047		Penicilina G	Ampolla 1200000 UI	
048		Polivitamínico	Solución	
035		Prednisona	Comprimido 5 mg	
049		Ranitidina	Comprimido 150 mg	
062		Salbutamol	Aeros. Bronq. 100mcg/dosis	
050		Salbutamol	Sol. p/Neb. 5 mg / ml	
051		Sales de R.O.	Sobres de 27,8 g	
064 *		Mebendazol	Comprimidos 500 mg	
065 *		Mebendazol	Comprimidos masticables 500 mg	
063 *		Mebendazol	Frasco x 25 ml. - 100 mg/5 ml	
099 •		Cepillos dentales adultos		
100 •		Cepillos dentales niños		
101 •		Pasta dental niños		
102 •		Pasta dental adultos		

05 Firma y aclaración responsable del Centro

06 Tipo y Número de Documento

* Programa de Desparasitación Masiva
• Programa de Salud Bucal

Registro 14

CARATULA DE LOTE
REMEDIAR

CONSTANCIA PARA EL CENTRO DE SALUD
NUMERO DE LOTE

01 Efector

02 Código

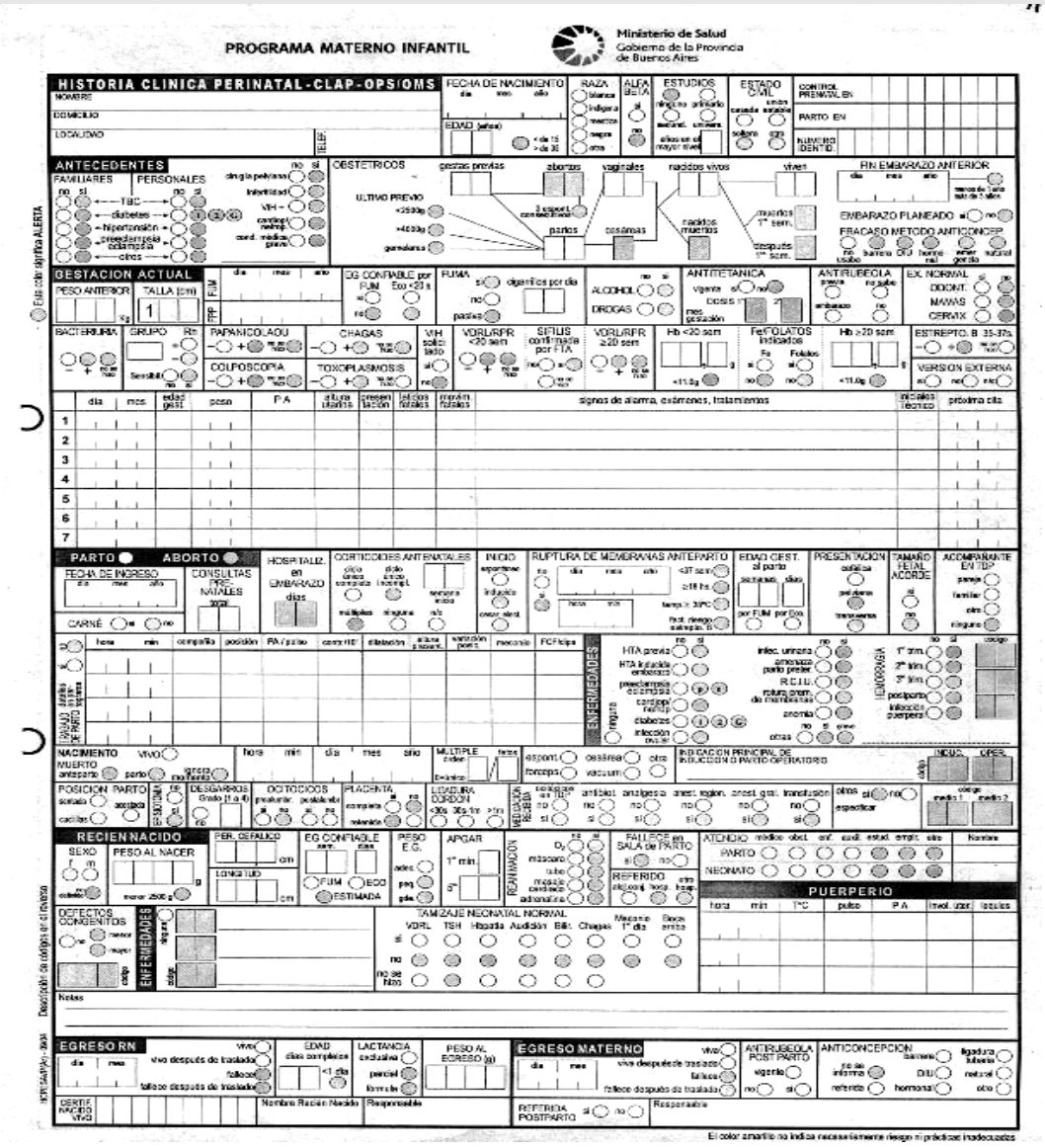
03 Fecha de confección lote
día mes año

04 Cantidad de recetas

05 Firma del Responsable del Centro

06 Firma del Operador logístico

Registro 15



PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Ministerio de Salud
Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

HISTORIA CLINICA PERINATAL-CLAP-OPS/OMS

ANTECEDENTES

GESTACION ACTUAL

PARTO / ABORTO

RECIEN NACIDO

PUERPERIO

EGRESO RN

EGRESO MATERNO

El color amarillo no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas

Registro 16

Municipalidad de La Plata

PROGRAMA MATERNO INFANTIL

HISTORIA CLINICA PEDIATRICA — Centro de Atención — Código

Nº DNI 0 — Nº Transitorio 1

APELLIDO Y NOMBRES

PADRE

MADRE — Nº DNI 0 — Nº Trans. 1

DOMICILIO

BARRIO

PARTIDO

CONCURRE A CDI — si — Nº — no

SEXO — M — F

FECHA DE NACIMIENTO — Día — Mes — Año

OBRA SOCIAL — si — no — NOMBRE — CODIGO — Nº AFILIADO

ANTECEDENTES PERINATALES — ESTABLECIMIENTO DONDE NACIO

PATOLOGIA EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO — NO — si — Previsto — Cuidado Pediátrico

EDAD GESTACIONAL AL NACER — semanas — menor 37 — mayor 41

PESO AL NACER — g — < de 2500 g. — < de 2000g.

TALLA — cm — PERIMETRO CEFALICO — cm

APGAR minuto — 1º — 5º — DEPRIMIDO — no — si — REANIMACION — no — si

PATOLOGIA DEL RECIEN NACIDO — ninguna — patología respiratoria — HIV — malformaciones — infección congénita — infección adquirida — ictericia — problemas neurológicos — otras — Especifique:

EGRESO RECIEN NACIDO — vivo — con patología

FAMILIA — INTEGRANTES DEL HOGAR — madre — hermano — padre — otros

HERMANOS — vivos — muertos

MADRE — EDAD — años — ESTADO CIVIL — casada — unión estable — soltera — otro

TRABAJO REMUNERADO — ninguno — en la casa — fuera de la casa — horas fuera de la casa

NIVEL DE INSTRUCCION — MADRE — PADRE — ANALFABETO — PRIMARIO INCOMPLETO — PRIMARIO COMPLETO — SECUNDARIO INCOMPLETO — SECUNDARIO O SUPERIOR

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES — ninguno — hereditarios — adquiridos

OCUPACION DEL PADRE

VIVIENDA — AGUAS — EGRESTAS — conectado a red — no conectado a red — fuera del hogar

NBI — no — si

INSTALACIONES FIJAS — no — si

VACUNAS — (Fecha) — 1º — 2º — 3º — 4º — 5º — BCG — Salk — DPT — Sarampión — Otras

OBSERVACIONES

FECHA (día / mes / año)	EDAD	PESO	TALLA	PERIMETRO CEFALICO	EXAMEN: FISICO	SENSORIAL	DENTAL	DESARROLLO	ALIMENTACION: SOLO PECHO	ADECUADA	VACUNACION	REFERENCIA	CODIGOS DE DIAGNOSTICOS 1º 2º 3º	CODIGOS TRATAMIENTO
					NORMAL									
					si / no	si / no	si / no	si / no	si / no	si / no	si / no	si / no		

Apoyo Nutricional — 0 = no — 1 = Leche — 2 = Otro (Especifique)

Observaciones

Fecha de próxima visita

Nombre o matrícula del profesional:

FECHA (día / mes / año)	EDAD	PESO	TALLA	PERIMETRO CEFALICO	EXAMEN: FISICO	SENSORIAL	DENTAL	DESARROLLO	ALIMENTACION: SOLO PECHO	ADECUADA	VACUNACION	REFERENCIA	CODIGOS DE DIAGNOSTICOS 1º 2º 3º	CODIGOS TRATAMIENTO
					NORMAL									
					si / no	si / no	si / no	si / no	si / no	si / no	si / no	si / no		

Apoyo Nutricional — 0 = no — 1 = Leche — 2 = Otro (Especifique)

Observaciones

Fecha de próxima visita

Nombre o matrícula del profesional:

FECHA (día / mes / año)	EDAD	PESO	TALLA	PERIMETRO CEFALICO	EXAMEN: FISICO	SENSORIAL	DENTAL	DESARROLLO	ALIMENTACION: SOLO PECHO	ADECUADA	VACUNACION	REFERENCIA	CODIGOS DE DIAGNOSTICOS 1º 2º 3º	CODIGOS TRATAMIENTO
					NORMAL									
					si / no	si / no	si / no	si / no	si / no	si / no	si / no	si / no		

Apoyo Nutricional — 0 = no — 1 = Leche — 2 = Otro (Especifique)

Observaciones

Fecha de próxima visita

Nombre o matrícula del profesional:

Registro 17

Municipalidad de La Plata

H1

FICHA DE HIGIENE
INFANTIL - PREESCOLAR Y ESCOLAR

Ficha Familiar Nº _____
Ficha Individual Nº _____
Unidad Sanitaria _____
Fecha _____ / _____ / _____

1- Apellido y nombre _____
2- Domicilio: calle _____ Nº _____ Localidad _____
3- Fecha de nacimiento _____ 4- Lugar de parto _____
5- Atendido por: ( ) médico ( ) partera ( ) otro. 6- Meses de gestación _____
7- Atención prenatal: ( ) si ( ) no 8- Por: ( ) médico ( ) partera ( ) otro.
9- Parto normal: ( ) si ( ) no. 10- Tipo de embarazo: ( ) simple ( ) gemelo ( ) otro.
11- Peso al nacer _____ gramos. 12- Grupo sanguíneo _____ 13- R.H. _____
14- Nombre del padre _____ 15- Nombre de la madre _____
16- Residencia habitual _____ 17 Enviado por _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

18- Familiares: ( ) TBC, ( ) epilepsia, ( ) sífilis, ( ) diabetes, ( ) mentales, ( ) alergia, ( ) carencia, ( ) otros, (especificar) _____

19- Personales: ( ) sarampión, ( ) viruela, ( ) varicela, ( ) difteria, ( ) coqueluche, ( ) neumopatía, ( ) parotiditis, ( ) reumatismo, ( ) meningitis, ( ) diarreas, ( ) fiebre tifoidea, ( ) asma, ( ) convuls. ( ) amigdalitis frecuentes, ( ) resfríos frecuentes, ( ) otitis, ( ) operaciones, ( ) otras, (especificar)

20- Internaciones: _____

HISTORIA OBSTETRICA DE LA MADRE EN EMBARAZOS ANTERIORES

21- Ficha Nº _____ 22- Nacidos vivos _____
23- Prematuros _____ 24- Nacidos muertos _____ 25- Abortos _____
26- Hijos vivos actualmente: 1) _____ años, 2) _____ años, 3) _____ años, 4) _____ años, 5) _____ años, 6) _____ años, 7) _____ años, 8) _____ años.

27- Alimentación: _____

IMNUNIZACIONES

	1ra. dosis	2da. dosis	3ra. dosis	Refuerzos		1ra. dosis	2da. dosis	3ra. dosis	Refuerzos
B.C.G.					Antivariólica				
Mentoux					Antidiftérica				
Salk o Sabin					Antisarampionosa				
Triple					Otras				
Doble									

Registro 18

Municipalidad de La Plata
SECRETARIA DE SALUD Y MEDICINA SOCIAL
DIRECCION DE SALUD

Ficha familiar: _____
Ficha individual: _____
Unidad sanitaria: _____

HISTORIA CLINICA ADULTOS

H.1 A.D.

Nombre y apellido _____ Nacionalidad _____

Edad _____ Domicilio _____ Localidad _____

Lugar de origen _____ Mat. Ind. Nº _____

Residencia Habitual _____

Antecedentes Heredo Familiares: _____

Antecedentes personales: _____

Hábitos: _____

Fecha	Atención Médica, Estado Actual, Diagnóstico y Tratamiento

Registro 19

Municipalidad de La Plata
Subsecretaría de Salud y Medicina Social

INFORME DE TRASLADOS

CENTRO DE SALUD Nº _____ MES _____ AÑO _____

FECHA	Apellido y nombre del paciente	Hora de traslado	Domicilio del paciente	Edad	Patología	Profesional	DESTINO (hospital - clínica - domicilio)	móvil que lo trasladó (107, municipal u otro)

Registro 20

Municipalidad de La Plata

PLANILLA DE ASISTENCIA DIARIA

DIA	MES	AÑO

DIRECCION / OFICINA .....
SECRETARIA .....
LUGAR FISICO .....

Cantidad de agentes al día de la fecha:	
Cantidad de agentes al día inmediato anterior:	
Teléfono:	

LEGAJO	APELLIDO Y NOMBRE	~~HORARIO~~ TAREA - FUNCION	HORA ENTRADA	FIRMA ENTRADA	HORA SALIDA	FIRMA SALIDA	~~JUSTIFICACION~~ o OBSERVACION

DIRECCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

FIRMA Y SELLO DEL JEFE Y/O RESPONSABLE:

Licencias

Ver a Personal

Registro 21

CENTRO DE SALUD Nº

MES	AÑO

HORAS / AGENTES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL

Registro 22

Municipalidad de La Plata — **S.A.M.O.**

ORDEN DE PRESTACION

Domicilio — Localidad

1- ESTABLECIMIENTO — CODIGO

2- APELLIDO Y NOMBRES — FECHA

4- SEXO (M / F) | 5- EDAD | 6- Nº DE DOCUMENTO | 7- TIPO DE DOC. (LE / LC / CI / DNI / OTRO) | 8- H.CI.Nº

9- CONDICION | 10- OBRA SOCIAL O MUTUAL | 11- TIPO DE AFILIADO | 12- Nº DE AFILIADO

13- DIAGNOSTICO CLINICO — 14- CODIGO

15- CANT. O COD.	16- CONCEPTO	17- UNITARIO	18- TOTAL
	RP./		

19- FACTURACION INTERVINO | 20- TOTAL $ | 22- ABON.P/ AFIL. $

21- FIRMA PROFESIONAL — SELLO Y MATRICULA | 24- CONF. AFILIADO | 23- ABON.P/O.S. $

25- AUTORIZACION O.S. INTERNACION / PRACTICA | 26- PRACTICA REALIZADA POR

FIRMA SELLO ACLARATORIO | SELLO DELEGACION | FIRMA PROFESIONAL SELLO Y MATRICULA

Form.3 SECRETARIA DE POLITICA SOCIAL DIRECCION DE SALUD

Registro 23

Municipalidad de La Plata
SECRETARIA DE SALUD Y MEDICINA SOCIAL

SISTEMA DE ATENCION MEDICA ORGANIZADA — **FACTURACION C-8 Nº**

PERSONAL QUE FACTURA — MES DE: — CODIGO (1)

	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
MEDICOS																									
ODONTOLO.																									
ENFERMER.																									
PSICOLOGO																									
TOTAL																									

(1) VER AL DORSO LA PLANILLA

Registro 24

Municipalidad de La Plata
DIRECCIÓN DE SALUD
AREA DE TRABAJO SOCIAL

CENTRO DE SALUD Nº — MES: — AÑO:

Niveles de intervención	Código	Nomenclador	Fechas 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	TOTAL PREST.	VALOR en UTS	TOTAL
Nivel 1	1	ABORDAJE SOCIAL INDIVIDUAL				
	1. 1.	Entrevista Social en sede:				
	1. 1. 1.	de orientación y/o asesoramiento			1-	
	1. 1. 2.	de investigación diagnóstica			1-	
	1. 1. 3.	de seguimiento de tratam. social			1-	
	1. 2.	Entrevista Social en domicilio:				
	1. 2. 1.	de orientación y/o asesoramiento			2-	
	1. 2. 2.	de investigación diagnóstica			2-	
	1. 2. 3.	de seguimiento de tratam. social			2-	
			Sub-total			
Nivel 2	2	ABORDAJE SOCIAL GRUPAL				
	2. 1.	Entrevista familiar en sede			2-	
	2. 2.	Entrevista familiar en domicilio			3-	
	2. 3.	Trabajo social en grupo			5-	
			Sub-total			
Nivel 3	3	ABORDAJE SOCIAL COMUNITARIO				
	3. 1.	Entrevista Ind. o colect. en sede			1-	
	3. 2.	Trabajo comunitario en terreno:				
	3. 2. 1.	Observación			2-	
	3. 2. 2.	Consulta de documentación			2-	
	3. 2. 3.	Análisis de fuentes bibliográl.			3-	
	3. 2. 4.	Entrevista con grupos comunitar.			5-	
	3. 2. 5.	Elaboración del proyecto de T. C.			5-	
	3. 2. 6.	Supervisión del proyecto de T. C.			5-	
			Sub-total			
Nivel 4	4	ABORDAJE SOCIAL INSTITUCIONAL				
	4. 1.	T. S. grupal con el Eq. de Salud			3-	
	4. 2.	Capacitación en servicio			4-	
	4. 3.	Coordinación Institucional				
	4. 3. 1.	Coordinación Intramuro			1	
	4. 3. 2	Coordinación Extramuro			3	
	4. 4.	Interconsulta				
	4. 4. 1.	Interconsulta Intramuro			1	
	4. 4. 2.	Interconsulta Extramuro			2	
			Sub-total			
Nivel 5	5	VARIOS				
	5. 1.	Trámites Gestiones dentro Area			3	
	5. 2.	Trámites fuera Area Programática			6	
	5. 3.	Elaboración			3	
			Sub-total			
			Total General			

Firma T. Social: _____ Firma y Sello Jefe: _____

Registro 25

Consejo de Planificación de Políticas Sociales
Programa de Vigilancia y Asistencia Nutricional

Centro de Salud N°

Area de Integración Programática:
Responsable de Area:

Provisión de Leche Bajo Programa Materno - Infantil

Apellido y Nombres	D.N.I	Fecha Nac.	H° C°	Edad							Embarazada	Nodriza	N. Eutróf.	Desnutr.	Total bajo programa	F.U.C	Kg. Leche entregada	Fecha de Entrega	Plan		Asistencia	
				-1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 24	25 a 34	35 y +		0 a 6 meses	(normal) 6 a 24 meses	0 a 5 años					Jefes/as	Vida	Copa de leche	Comedor
TOTALES																						

DNI: Indicar Número. **F.U.C.**: Fecha de Ultimo Control **Plan Asistencia:** Indicar con X el que corresponda.

Firma Jefe de Centro de Salud

Registro 26 (adelante)

RESUMEN MENSUAL DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS
PROGRAMA MATERNO INFANTIL

PROVINCIA: .....
REGIONALIZACIÓN: .....
(zona sanitaria, área programa, área operativa, etc.) FECHA __ / __ / __
MUNICIPIO O PARTIDO: .....
EFECTOR: .....
DOMICILIO: ..... Tel.: .....

LECHE FORTIFICADA CON HIERRO				
14	LECHE FORTIFICADA CON HIERRO		UNIDADES RECIBIDAS	UNIDADES ENTREGADAS
		Total Kg		
		EMBARAZADAS		
		MADRES AMAMANTANDO A NIÑO DE 0 A 6 MESES		
		NIÑOS EUTRÓFICOS 6 A 24 MESES		
		NIÑOS DESNUTRIDOS 0-5 AÑOS		

INSUMOSDE PROCREACIÓN RESPONSABLE				
			UNIDADES RECIBIDAS	UNIDADES ENTREGADAS
10	ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	Envase calendario		
11	ANTICONCEPTIVOS HORMONALES INYECTABLES	Ampollas		
12	CONDONES	Unidades		
13	DIU	Unidades		
41	ANTICONCEPTIVOS HORMONALES P/ LACTANCIA	Envase calendario		
42	KITS DE INSTRUMENTAL P/COLOCACIÓN DE DIU	Unidades		

Ver lista de medicamentos al dorso

INSTRUCCIONES

Cada efector (Centros de Salud y Hospitales o Maternidades) deberá completar mensualmente esta planilla por duplicado:

Una copia será archivada en el servicio.

La otra será remitida mensualmente al punto de carga informática (Departamento o Dirección de Maternidad e Infancia provincial u otras instancias intermedias a definir por la provincia como zonas sanitarias, municipios, etc.) donde quedará archivada una vez cargada en el sistema.

Indicaciones para completar la Planilla de Resumen Mensual:

Identificación del efector:

Se deben completar todos los ítems de identificación (provincia, región o zona sanitaria a la que pertenece, municipio o partido) y nombre oficial del efector y Nº si lo tuviera *(por ejemplo, Centro de Salud Nº 3, Ramón Carrillo)*

Fecha:último día del mes informado (Ejemplo: para el informe del mes de Noviembre, 30/11/02)

Unidades Recibidas: son las que constan en los remitos de recepción con origen en el Programa Materno Infantil de la Nación, en el mes de que se trate. En caso de no haber recibido en ese mes alguno de los suministros de la lista,se consignará un guión (-) en el renglón que corresponda. **No debe dejarse ningún renglón en blanco.**

Unidades Entregadas: corresponden a las unidades provistas por el Programa Materno Infantil de la Nación y entregadas a la población en el mes de referencia. Como fuente, se utilizarán las recetas (para los servicios ambulatorios) o los registros de entrega a los servicios (para los servicios con internación). En el caso de la leche, las entregas deberán discriminarse según los grupos de población que figuran en la planilla. En caso de no haber entregado en ese mes alguno de los suministros de la lista se consignará un guión (-) en el renglón que corresponda. **No debe dejarse ningún renglón en blanco.**

En todos los casos, *las unidades a consignarse* serán las que figuran en la columna de "Presentación" (frasco, ampolla, envase calendario, comprimidos, Kg., según corresponda).

Para Servicios Ambulatorios: Cantidad de consultas mensuales: se discriminarán según los grupos de población que figuran en la planilla, en base al registro diario de consultas. Se tomará la cantidad total del mes de referencia.

Para Maternidades: Se consignará el número total de partos y número total de egresos neonatales de las Unidades de Cuidados Especiales que se produjeron en el mes de referencia.

Estimación de la población a cargo: Sólo lo llenarán los servicios del primer nivel de atención. Se completará una sola vez, el primer mes de llenado del resumen, en base a las últimas estimaciones disponibles para los grupos de población discriminados en la planilla.

Registro 26 (atrás)

MEDICAMENTOS				
	NOMBRE GENÉRICO	PRESENTACIÓN	UNIDADES RECIBIDAS	UNIDADES ENTREGADAS
1	Aerocámaras	Unidades		
22	Amikacina 100 mg	Ampollas		
2	Amoxicilina 500 mg / 5ml	Suspensión Oral - Frasco		
19	Ampicilina 500 mg	Ampollas		
23	Anfotericina B 50 mg	Ampollas		
15	Betametasona 2 ML.	Ampollas		
24	Betametasona 0.5 a 0.6 mg /ml	Frasco Gotero		
25	Cefalexina 500 mg.	Comprimidos		
26	Cefalexina 500mg/5ml	Suspensión Oral - Frasco		
27	Cefalotina 1 gr	Ampollas		
28	Cefotaxima 500 mg	Ampollas		
29	Ceftazidima 500 mg	Ampollas		
30	Ceftriaxona 500	Ampollas		
31	Eritromicina 200 a 500 mg/5ml	Suspensión Oral - Frasco		
32	Eritromicina 500mg	Comprimidos		
3	Fenoxi Metil Penicilina 300.000 UI / 5ml	Suspensión Oral - Frasco		
33	Gamma-globulina anti D	Ampollas		
20	Gentamicina 20 mg.	Ampollas		
34	Hierro como sulfato Ferroso	Frasco Gotero		
35	Mebendazol 100 mg.	Comprimidos		
36	Mebendazol 500 mg.	Comprimidos		
37	Meropenem 500 mg	Ampollas		
38	Metil-dopa 500 mg.	Comprimidos		
18	Metronidazol 500 mg	Ampollas		
16	Ocitocina 10 UI	Ampollas		
4	Prednisona	Frasco Gotero		
9	Sal de Hierro y Folatos	Comprimidos		
5	Salbutamol	Aerosol de 100 dosis		
6	Salbutamol	Aerosol de 200 a 300 dosis		
7	Salbutamol	Sol. p/ nebul. Frasco gotero		
8	Sales de Rehidratación oral	Sobres		
17	Sulfato de Hexoprenalina	Ampollas		
39	Sulfato de Magnesio	Ampollas		
21	Surfactante	Dosis tratamiento		
40	Vancomicina 500mg	Ampollas		

SERVICIOS AMBULATORIOS					MATERNIDADES	
Cantidad de consultas mensuales					Cantidad por mes	
Niños menores de 1 año	Niños 12 a 23 meses	Niños 2 a 5 años	Mujeres c/control ginecológico y/o salud reproductiva	Controles de Embarazo	Partos	Egresos Neonatales*

ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN A CARGO**				
Niños menores de 1 año	Niños 12 a 23 meses	Niños 2 a 5 años	Mujeres en edad fértil 10 a 49 años	Embarazadas

** Únicamente egresos de las unidades de cuidados especiales*
*** A llenar por única vez en cada centro de salud*

Registro 27

LEY NACIONAL 25.673

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
Dirección de Programas Sanitarios
Programa Materno Infantil
Subprograma de Salud Reproductiva y Procreación Responsable

Consolidado Bimestral del Efector de Salud

PLANILLA Nº 2 (Completar y enviar a la Región Sanitaria – P.M.I.- del día 1º al 10 posterior a cada bimestre)

Municipalidad:	

Bimestre:(1)		Año:		Código del Establecimiento:(2)	

Nombre del Establecimiento: (2)	

POBLACIÓN BAJO PROGRAMA (3)	Mujeres	Varones
Menor de 20 años		
20 años o mas		
Número de Total de Personas:		

POBLACIÓN POR TIPO DE PRESTACIÓN: (4)	Mujeres	Varones
Número total de personas que Recibieron Información		
Número total de personas que Concurrieron a Consejería		
Número Total de Personas que Recibieron Métodos Anticonceptivos		
Número Total de Personas que Concurrió a Control		

POBLACIÓN POR TIPO DE MÉTODO (5)	EN EL BIMESTRE	TOTAL ACUMULADO
Personas que recibieron Dispositivo Intrauterino DIU		
Personas que recibieron Anticonceptivos Hormonales Orales (A. C. O.)		
Personas que recibieron Anticonceptivos Hormonales Inyectables (A. C. I.)		
Personas que recibieron Condones		
Personas que recibieron Anticonceptivos para Lactancia		
TOTAL DE PERSONAS QUE RECIBIERON ANTICONCEPTIVOS		
NÚMERO TOTAL DE PERSONAS DADAS DE BAJA EN EL PERIODO: (6)	Mujeres	Varones

..... Firma Responsable

..... Apellido y Nombre del Responsable

REFERENCIAS:

(1) Bimestre calendario: 1 (ene-feb), 2 (mar-abr), 3 (may-jun), 4 (jul-ago), 5 (sep-oct), 6 (nov-dic).
(2) Establecimiento: Hospital, Unidad Sanitaria, Centro de Salud, Posta Sanitaria, Sala de 1º Auxilios, etc
(3) Se considera "Bajo Programa", todo/a beneficiario/a que reciba prestación con Historia Clínica Activa. Es ACUMULATIVO, se suman los INGRESOS de cada bimestre. Se restan las Bajas del Bimestre
(4) Es ACUMULATIVO, se suman las prestaciones brindadas en bimestres anteriores
(5) EN EL BIMESTRE: Persona Bajo Programa con Prescripción de Método. TOTAL ACUMULADO: se suman las Personas Bajo Programa por Tipo de Método de los bimestre anteriores.
(6) Se da de Baja (se cierra Historia Clínica) a toda persona que no concurrió a la consulta por ningún tipo de prestación en Salud Sexual y Procreación Responsable, durante los últimos 12 meses.-

Registro 28

Sistema Informático Perinatal Ambulatorio

Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires

SIPA

Municipio		**Año del Parto**		**Pobl. de Embarazadas**	
Centro Asistencial		**Trimestre de Cierre**	1º 2º 3º 4º	**Embarazadas Bajo Programa**	

Nº de DNI	Edad	Gesta	Edad Gestacional del 1º Control	Nº Controles x Trimestre			Hemog gr% Hemat %		T Arterial Diastólica > 90 mmHg		Canal de IMC		Score de Riesgo		Vacuna DTA		VDRL		HIV		Toxo		Chagas		Evolución del parto			Muerte		Peso del Recién Nacido	Edad Gestac. del Recién Nacido	Días contr. rmed	Días contr. alejad	Doble viral	
				1º	2º	3º	1º	Ultima	Si	No	Inicio	Final	Inicio	Final	Com	Inc	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)	T	A	R	M	F					Si	No

Firma y aclaración del responsable del llenado de la planilla: _____

Registro 29

Plan Nacer

INSTRUCTIVO-Planilla de Registro de Prestaciones - CAPS Niños -

Ministerio de Salud — Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

HOJA Nº XX

referencia	Inmunización	referencia	Inmunización
A	Anti hepatitis B -segunda dosis	H	Sabin Oral - primera dosis
B	Anti hepatitis B -tercera dosis	I	Sabin Oral - segunda dosis
C	Cuádruple Bacteriana - primera dosis	J	Sabin Oral - tercera dosis
D	Cuádruple Bacteriana -segunda dosis	K	Sabin Oral - cuarta dosis
E	Cuádruple Bacteriana - tercera dosis	L	Sabin Oral - Refuerzo
F	Cuádruple Bacteriana- cuarta dosis	M	Anti hepatitis A
G	Triple bacteriana Refuerzo		

Código de Municipio: (1)		Municipio: (2)		Cuatrimestre (7)	
Código de Efector: (3)		Efector:(4)		día inicio	día final
Año: (5)		Mes: (6)			

Datos del Beneficiario			Prestaciones											Trazadoras					
Apellido y Nombre	Clase, tipo y Nº Documento	fecha de nacimiento	NPE 32 Control < 1 año	NPE 33 Control 1 a 6 años	NPE 34 Emergencia < 6 años	NPE 35 Suplement. vitamínica desnutridos < 6 años	NPE 36 Enfermedad diarreica aguda < 6 años	NPE 37 Infección respiratoria aguda < 6 años	NPE 39 Consulta oftalmológica < 5 años	NPE 40 Consejería buco dental < 6 años	NPE 41 Sarampión o Triple Viral < 6 años	NPE 42 Otras inmuniz. < 6 años	NPE 42 En caso de prestación NPE 42 referencia de vacuna/s	NPE 32 y 33 - T8 y T9 Peso (gramos)	Talla (cm)	PC <1 año (cm)	Peso/Edad	Talla/Edad	PC/Edad <1 año
(8)	(9)	(10)	(11)										(12)	(13)	(13)	(13)	(14)	(14)	(14)
Total Prestaciones			(15)																
Total en $			(16)																
Total a Facturar			(17)																

(18)
Firma y Aclaración del Responsable

Registro 30

Plan Nacer

INSTRUCTIVO-Planilla de Registro de Prestaciones - CAPS Mujeres Embarazadas

Ministerio de Salud — Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

HOJA Nº XX

Código de Municipio: (1)		Municipio: (2)		Cuatrimestre (7)	
Código de Efector: (3)		Efector:(4)		día inicio	día final
Año: (5)		Mes: (6)			

Datos del Beneficiario		Prestaciones														Trazadoras	
Apellido y Nombre	Tipo y Nº Documento	MEM 1 Control prenatal 1ª vez	MEM 2 Controles prenatales subsiguientes	MEM 3 Consulta odont. prenatal	MEM 4 Educ. para la salud en embarazo	MEM 5 Infección urinaria en embarazo	MEM 6 Anemia leve en embarazo	MEM 7 Inmuniz. antitetánica en embarazo	MEM 73 Toma de muestra para PAP	MPU 19 Puerperio inmediato	MPU 20 Complic. de parto, puerperio inmediato	MPU 21 Control puerperal	MPU 23 Inmuniz. Puerperal	IMI 50 Citoscopia control de embarazo	IMI 51 Ecografía en control prenatal	Fecha probable de parto	Fecha de parto
(8)	(9)	(10)														(11)	(12)
Total Prestaciones		(13)															
Total en $		(14)															
Total a Facturar		(15)															

(16)
Firma y Aclaración del Responsable

Registro 31

Plan Nacer

INSTRUCTIVO-Áreas Prestaciones de Comunidad

Ministerio de Salud — Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

Código de Prestación: (1)	

Código de Municipio: (2)		Municipio: (3)	
Código de Efector: (4)		Efector: (5)	
Año: (6)		Mes: (7)	

Fecha	Descripción de la actividad	Persona / Familia / Institución	Tipo y N° DNI de la persona / Tipo y N° DNI del resp. de la fam.	Domicilio (Persona/Familia/Institución)	Teléfono (Persona/Familia/Institución)	Firma (Persona/Familia/Institución)
(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)

(15)
Firma Responsable de la prestación

Registro 32

Plan Nacer

Ministerio de Salud — Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

HOJA N° *XX*

Código de Municipio: (1)		**Municipio:** (2)	
Código de Efector: (3)		**Efector:**(4)	
Año: (5)		**Mes:** (6)	

	Prestaciones								
	CMI 60	**CMI 61**	**CMI 62**	**CMI 63**	**CMI 64**	**CMI 65**	**CMI 66**	**CMI 67**	**CMI 68**
	Ronda Completa	Ronda Completa Población Indígena	Búsqueda activa de embarazadas en el primer trimestre	Carta de derechos embarazada indígena	Diag. socio-epidem. de población en riesgo	Encuentros promoc. desarrollo infantil	Encuentros promoc. pautas alimentarias	Encuentros promoc. salud sexual - reproductiva	Búsqueda activa embarazadas/niños con abandono de controles
	(9)	(9)	(10)		(11)	(12)	(12)	(13)	(14)
Total Prestaciones	(15)								
Total en $	(16)								
Total a Facturar	(17)								

(18)
Firma y Aclaración del Responsable

Registro 33

REGISTRO DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Hoja Nº

Municipio :

Provincia:

Region Sanitaria :

Mes:

Fecha	Problema de Salud	Origen de la Propuesta	Lugar de Realización	Articulación intersectorial		Tipo de Actividad	Nº total de participantes de la Comunidad	Cantidad de Integrantes del equipo que participaron según profesión									
				Si	No			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Origen de la Propuesta: 1.Comunidad; 2. Equipo; 3. Ambos; 4. Organismo de Conducción Central (Municipio, Región, Provincia, Nación); 5.Otros.

Lugar de realización: 1. Centro de Salud; 2. Otra Institución, 3. Otros

Tipo de actividad: 1. Taller; 2. Recreativa/ deportiva; 3. Visita Domiciliaria; 4. Planificación Participativa; 5. Charla/ exposición; 6. Campaña; 7.Difusión; 8.Otros

Profesión de los Integrantes del equipo: 1 Médico/a; 2. Psicóloga/o; 3. Obstétrica/o; 4.Trabajador/a social; 5.Nutricionista; 6.Agente Sanitario, Promotor/a de salud; 7.Odontóloga/o; 8.Administrativa/o; 9. Enfermera/o; 10. Otros

Programa Médicos Comunitarios

Registro 34

CONSOLIDADO MENSUAL DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS
DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Provincia:

Caps:

Mes:

Tipo de Actividad	Totales de Actividades por tipo	Origen de la propuesta					Lugar de Realización			Articulación Intersectorial		Nº de participantes de la comunidad por actividad	Cantidad de Integrantes del equipo que participaron según perfil									
		1	2	3	4	5	1	2	3	Si	No		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1- Taller																						
2- Recreativa/ deportiva																						
3- Visita domiciliaria																						
4- Planificación participativa																						
5- Charla/ exposición																						
6- Campaña																						
7- Difusión																						
8- Otros																						
TOTALES																						

Origen de la Propuesta: 1. Comunidad; 2. Equipo; 3. Ambos; 4. Organismo de Conducción Central (Municipio, Región, Provincia, Nación).5. Otros.

Lugar de realización : 1. Centro de Salud; 2. Otra institución; 3. Otros

Perfil de los Integrantes del equipo: 1. Médico/a; 2. Psicóloga/o; 3. Obstétrica/o; 4. Trabajador/a social; 5.Nutricionista; 6.Agente Sanitario, Promotor/a de salud; 7.Odontóloga/o; 8.Administrativa/o; 9. Enfermera/o; 10. Otros

Registro 35

Seguro Familiar de Salud

PLANILLA DIARIA DE CONSULTAS

Salud Buenos Aires LA PROVINCIA

HOJA Nº:

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y Apellido : .....

Lugar de atención: ..... Matrícula Nº : ..... Código: .....

Nº Remediar: ..... Municipio : ..... FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

	DATOS DEL BENEFICIARIO							DIAGNOSTICO		MEDICACION		INTERVENCION						
												Inter consulta		Solicitud de...				
	FECHA	APELLIDO Y NOMBRE	Edad	Obra Social	Beneficiario Si	Beneficiario No	IDENTIFICACION Tipo	IDENTIFICACION Número	CODIGO 1º	CODIGO 2º	CODIGO 1º	CODIGO 2º	CODIGO 1º	CODIGO 2º	Imagen	Lab	Odontol	Internación Obstetricia
1	../../..																	
2	../../..																	
3	../../..																	
4	../../..																	
5	../../..																	
6	../../..																	
7	../../..																	
8	../../..																	
9	../../..																	
10	../../..																	
11	../../..																	
12	../../..																	
13	../../..																	
14	../../..																	
15	../../..																	
16	../../..																	
17	../../..																	

Registro 36

27

MUNICIPALIDAD DE LA PLATA
SECRETARIA DE SALUD Y MEDICINA SOCIAL
RELEVAMIENTO BIMESTRAL DE EMBARAZADAS BAJO PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Centro de Salud Nº
Area de Integración Sanitaria
Responsable del Area:

BIMESTRE: _____

Apellido y Nombre	H.C.	Edad	FUM	FPP	FUC	Hb gr % Anterior	Hb gr % Actual	Hb gr % Tratam.	T. A. D >ó= 90mm Hg Anterior	T. A. D >ó= 90mm Hg Actual	T. A. D >ó= 90mm Hg Tratam.	Peso Anterior	Peso Actual	Peso Tratam.	Observaciones (Consignar Canal A de R. Mardones)

Firma y sello Jefe de Centro de Salud

Registro 37

para control de stock de ubetas sanitarias

Municipalidad de La Plata

Secretaría de Salud y Medicina Social

DIRECCION DE SALUD - PROGRAMA MATERNO INFANTIL

REPARTICION O ESTABLECIMIENTO

N°	APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO	DOMICILIO	F.P.P.*	MEDICO

*F.P.P.= FECHA PROBABLE DE PARTO

ANEXO V: Diccionario de datos