

## **REGISTROS EN LAS INSTALACIONES DE SALUD**

### **(CENTROS DE SALUD, ORGANIZACIONES EXTRAINSTITUCIONALES -OE, FOGI -FONDOS DE GIRAS INTEGRALES)**

#### **I. Inscripción de las Familias en las Instalaciones de Salud:**

- Las familias beneficiadas por el Sistema de Protección Social, deberán registrarse en la instalación de salud, que les fue asignada al momento de ser considerados para recibir los beneficios del Programa, o bien con el equipo de salud de la unidad itinerante que visite la localidad de los grupos poblacionales asignados.
- Le corresponderá la Jefe de Familia (Padre o Madre), el registro de todos los miembros de su familia (los que viven bajo un mismo techo), en la instalación de salud o con el equipo de las OE (Organizaciones Extrainstitucionales).
- Para la inscripción de las familias, se utilizará el Formulario 1-C (Formulario de Inscripción).
- El llenado de la inscripción será responsabilidad del equipo de salud de la Instalación u OE (Organismo Extrainstitucional).
- Una vez registrada la familia, el Jefe recibirá una tarjeta denominada “Registro de cumplimiento y Asistencia a los Servicios de Salud” (Form 1-A).
- Cada vez, que un miembro de la familia, llegue a atenderse, debe llevar consigo la tarjeta de cumplimiento y asistencia a los servicios de salud.
- En el caso de que la familia extravíe esta tarjeta, debe indicársele, que acuda a la instalación de salud u OE, para proporcionarle un duplicado, en base a lo contenido en el form. 1-B) ubicado en la Carpeta Familiar.

#### **II. PROGRAMACIÓN DE LAS CITAS.**

- La programación de las citas, debe realizarse en base a las establecidas en las Normas de Atención de cada programa de Salud ( Infantil, Escolar, Adolescente, Maternal, y Adulto).
- El profesional de Salud de la instalación y OE, que atienden a las familias, otorgará las citas y las registrará en la tarjeta de la familia (Form. 1-A) y en el formulario (1-B).

### **III. EXPEDIENTE CLÍNICO:**

- Cada miembro de las familias integradas a la Red de Protección Social, debe tener un expediente clínico individual en el Centro de Salud, el cual se manejará a través de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. En el caso de las Organizaciones Extrainstitucionales (OE), tendrán la responsabilidad de confeccionar y custodiar los expedientes clínicos individuales, hasta su retorno a la instalación de Salud correspondiente.
- Todos los expedientes clínicos individuales, estarán ubicados en el archivo central de la instalación de salud, los cuales deben ser señalizados con las letras SPS, con el fin de localizarlos rápidamente.
- Para la atención de cada miembro de la familia de la Red de Protección Social, en las instalaciones de salud o en con los equipos itinerantes (OE); Registros Médicos y Estadística, deberá proporcionar al profesional de salud (médico, enfermera y otros), el expediente individual y el expediente familiar para que realice, las anotaciones pertinentes.

### **IV. CARPETA FAMILIAR:**

A cada Familia, se le confeccionará una Carpeta Familiar, la cual se utilizará para la inscripción, control, seguimiento y otras acciones a las familias. Esta carpeta, estará integrada por los siguientes formularios:

- Formulario de Inscripción de las Familias a la Red de Protección Social (Form.-1).
- Formulario de Registro de cumplimiento de asistencia a los servicios de salud (Form1-A) Paciente. (Este formulario deberá ser entregado al Jefe de Familia, es la Tarjeta de Control y cumplimiento a las Citas).
- Formulario de Registro de Cumplimiento y Asistencia a los Servicios de Salud (Form1B- Personal de Salud). En él, se anotaran las fechas de las citas programadas y la fecha en que se asistió a la cita. Este formulario, deber ser cotejado con el formulario (Form.1-A) (Tarjeta), que mantiene el titular de familia.
- Encuesta de Salud.
- La Carpeta Familiar, estará organizada en un archivo separado y ordenado alfabéticamente o por número de Registro de Inscripción de la Familia.

## **V. REGISTRO ESTADÍSTICO DE LA PRODUCCIÓN DE LOS SERVICIOS.**

El registro de la atención en los servicios de salud, de las familias beneficiadas por la Red de Protección Social, serán registradas en los formularios utilizados en el Sistema de Registro Estadístico del MINSA:

- Registro Diario de Actividades
- Registro Diario de Vacunación
- Registro Diario de Distribución de Alimentos
- Registro de Suplemento de Hierro
- Registro de Vitamina A (Formato de Vacuna)
- Registro Diario de Actividades de Promoción y Educación de la Salud.
- Registro de Farmacia.
- Registro de Laboratorio.
- Tarjeta de seguimiento de caso.
- Tarjeta de Control de Embarazo.

Las actividades de fomento, control, vigilancia ambiental, educación, referencia y contrarreferencia, serán generados y presentados por los coordinadores y jefes de los respectivos programas o actividades.

Todas las actividades, consultas y servicios que se brinden a los integrantes de la familia que forman parte de la Red, deben ser identificadas en los formularios y tarjetas con las siglas SPS.

## **VI. GENERACIÓN DE REPORTES (PROCESAMIENTO Y TABULACIÓN DE DATOS).**

- El personal de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, recibirá diariamente de cada centro de producción, los formularios para su proceso y generación de informes.
- Las organizaciones Extra institucionales (OE), son responsables de registrar en los formularios establecidos por el sistema, las acciones realizadas a los integrantes de las familias de la Red. Posteriormente deberán entregar mensualmente la información a la Región de Salud.
- El personal de Estadísticas , para la tabulación y presentación de informes, utilizará las hojas de trabajos existentes para cada actividad, programa y servicio, deberán procesar diariamente y por separado, toda la producción de los servicios del Centro de Salud y giras (Institucional y FOGI).

## **VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN.**

- El monitoreo de programa a nivel de Instalación de Salud y FOGI, hará semanal el Director Médico.

Para este monitoreo, la oficina de Registros Médicos y Estadísticas, presentará a más tardar todos los miércoles los siguientes datos:

- Número de familias que se incorporan al programa.
- Total de Población del programa atendido
- Total de Embarazadas atendidas
- Total de población menor de cinco años atendido
- Población inasistentes a las citas programadas por familias
- Informe del cumplimiento en el registro e identificación (SPS) por parte de los profesionales y Técnicos de la atención de salud.

En los primeros quince (15) días de cada mes, la oficina de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, debe presentar a nivel del Centro y Región de Salud, las estadísticas desagregadas de las actividades, consultas y servicios prestados a las familias beneficiadas por la Red de Protección Social; para esto utilizara los esquemas de presentación existentes por programas, servicios técnicos y demás.



**MINISTERIO DE SALUD  
RED DE PROTECCIÓN SOCIAL  
INSCRIPCIÓN DE LAS FAMILIAS**

CENTRO DE SALUD U OE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

DISTRITO: \_\_\_\_\_

FAMILIA: \_\_\_\_\_

JEFE DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

CORREGIMIENTO: \_\_\_\_\_

1er. Y 2do. Apellido

Nombre completo

**A. INTEGRANTES DE LA FAMILIA**

Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_

Número de Inscripción \_\_\_\_\_

Nº	Nombre	Nº de Cédula /Nº de Historia Clínica	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Relación o Parentesco con el Jefe de Familia	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	Participación Comunitaria
					H/M					
1										
2										
3										
4										
→										
5										
→										
6										
→										
7										
→										
8										
→										
9										
→										
10										

**Nombre:**

Anote el nombre completo de cada uno de los miembros de la familia

**No. de Cédula:**

Anotar el número de identificación de cada miembro de la familia: Tomo, folio, y asiento.

**Fecha de Nacimiento:**

Colocar el día, mes y año en números reales.

**Edad:**

Colocar los años Cumplidos

**Sexo:**

**H:** Hombre  
**M:** Mujer

**Relación o Parentesco**

Anotar: el parentesco de acuerdo al grado consanguinidad: Padre, Madre, hijo (a) Abuelo, abuela, tío (a) etc.

**Estado Civil:**

**S:** Soltero (a)  
**C:** Casado (a)  
**UL:** Unión Libre  
**MS:** Madre Soltera  
**D:** Divorciado (a)  
**V:** Viudo (a)

**Escolaridad:**

**A:** Analfabeto (a)  
**P:** Primaria  
**S:** Secundaria  
**V:** Vocacional  
**O:** Otros, especifique

**Ocupación:**

**E:** Estudiante  
**T:** Técnico (a)  
**OB:** Obrero (a)  
**C:** Campesino  
**D:** Desempleado (a)  
**O:** Otros

**Participación Comunitaria:**

Identifique el nombre del grupo comunitario al que participa

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del Responsable del llenado**



MINISTERIO DE SALUD  
RED DE PROTECCIÓN SOCIAL  
REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD.

CENTRO DE SALUD U OE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

DISTRITO: \_\_\_\_\_

FAMILIA: \_\_\_\_\_

JEFE DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

A. INTEGRANTES DE LA FAMILIA

CORREGIMIENTO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

N°	Nombre	Sexo	Edad	N° de Cédula /N° de Historia Clínica	EMBARAZADA	DISCAPACITADO	CITAS DE CONTROLES DE SALUD											
		H/M					1		2		3		4		5		6	
							Progra-mada	Realizada	Progra-mada	Realizada	Progra-mada	Realizada	Progra-mada	Realizada	Progra-mada	Realizada	Progra-mada	Realizada
→ 1																		
→ 2																		
→ 3																		
→ 4																		
→ 5																		
→ 6																		
→ 7																		
→ 8																		

NUMEROS DE CONTROLES POR GRUPO OBJETO

< 1 AÑO: 6 CONTROLES

1 - 4 AÑOS: 2 CONTROLES, POR CADA AÑO DE EDAD

EMBARAZADAS: 6 CONTROLES

FORM.1-B PERSONAL DE SALUD

## REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE ASISTENCIA A LAS SESIONES EDUCATIVAS DE SALUD.

CENTRO DE SALUD U OERESPONSABLE: \_\_\_\_\_

DISTRITO: \_\_\_\_\_

CORREGIMIENTO: \_\_\_\_\_

FAMILIA: \_\_\_\_\_

JEFE DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

**A. INTEGRANTES DE LA FAMILIA**

N°	Nombre	Sexo H/M	Edad	N° de Cédula /N° de Historia Clínica	CITAS A LAS SESIONES DE SALUD										
					CITA	ASISTEN.	CITA	ASISTEN.	CITA	ASISTEN	CITA	ASISTEN.	CITA	ASISTEN	
→ 1															
2															
3															
→ 4															
→ 5															
→ 6															
7															
→ 8															
9															
10															

NUMEROS DE SESIONES DEPENDERA DE LAS NECESIDADES DE ORIENTACION Y CAPACITACION, SEGÚN GRUPO OBJETO.

< 1 AÑO:  
1 - 4:  
5 - 9:  
10-19:  
20-59:

EMBARAZADAS:  
PUERPERAS :

(FORM 2-A) PACIENTE

**REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE ASISTENCIA A LAS SESIONES EDUCATIVAS, SEGÚN GRUPO OBJETO EN LOS SERVICIOS DE SALUD.**

CENTRO DE SALUD U OE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

DISTRITO: \_\_\_\_\_

FAMILIA: \_\_\_\_\_

JEFE DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

**A. INTEGRANTES DE LA FAMILIA**

CORREGIMIENTO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

Nº	Nombre	Sexo	Edad	Nº de Cédula /Nº de Historia Clínica	EMBARAZADA	DISCAPACITADO	CITAS DE SESIONES EDUCATIVAS											
		H/M					PROG.	REALI	PROG.	REALI.	PROG.	REALI.	PROG.	REALI.	PROG.	REALI.		
→ 1																		
→ 2																		
→ 3																		
→ 4																		
→ 5																		
→ 6																		
→ 7																		
→ 8																		
→ 9																		
→ 10																		

**TEMAS DE LAS SESIONES EDUCATIVAS, SEGÚN GRUPO OBJETO:**

**EMBARAZADAS:**

- LACTANCIA MATERNA
- MATERNIDAD SIN RIESGO
- INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

**PUERPERAS:**

- HIGIENE
- METODOS DE PLANIFICACION FLIAR.

**ADULTOS:**

- SANEAMIENTO AMBIENTAL
- CUIDADOS DE LOS HIJOS
- RELACION DE PAREJAS
- RELACION PADRE E HIJOS
- VIIH-SIDA

## INSTRUCTIVO

### **REGISTRO DE CUMPLIMIENTO Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD (FORM 1-A PACIENTE). CITAS DE ATENCION Y CONTROL.**

Documento donde se registra las citas de atención y control , de todos los integrantes de las familias, a la que deben acudir. Esta será la tarjeta de control de citas de atención y control donde se verificará el cumplimiento y asistencia de los beneficiarios.

**Este formulario es la tarjeta de control de citas de la familia, permanecerá con los beneficiarios y la llevarán cada vez que asistan a las citas. Es llenado por el personal de Salud.**

**DISTRITO:** Anotar el nombre del distrito donde esta ubicada la vivienda de la familia.

**CORREGIMIENTO:** Anotar el nombre del corregimiento al cual pertenece la familia.

**COMUNIDAD:** Anotar el nombre de la comunidad a la cual pertenece la familia.

**CENTRO DE SALUD:** Anotar el nombre del Centro de Salud , asignado para brindar los servicios de salud a las familias beneficiadas.

**OE:** Anotar el nombre del la Organización Extrainstitucional, asignada a brindar los servicios de Salud a las familias de su responsabilidad.

**FAMILIA** Anotar en letra clara, el apellido de la Familia.

**JEFE DE FAMILIA** Anotar el Nombre del Jefe de la Familia (persona responsable, Padre o Madre).

**INTEGRANTE DE LA FAMILIA:** En la columna nombre, colocar el nombre completo de cada miembro de la familia.

**SEXO:** Anotar con una **H**, si el integrante de la familia es Hombre y con una **M**, si el integrante de la familia es Mujer.

**EDAD:** Anotar la edad de cada uno de los miembros de la familia.

**N° DE CEDULA: /HISTORIA CLINICA:** Anotar el número de cédula de cada miembro de la familia o en su defecto en caso de menor de edad sin registrar, un número secuencial.

**CITAS A LOS CONTROLES DE SALUD:**

**EN LA COLUMNA CITA :** Anotar la fecha de cita programada para cada miembro de la Familia. Debe coincidir con el formulario 1-B-(personal de salud).

**EN LA COLUMNA ASISTENCIA:** Anotar la fecha, en que los integrantes de la familia asisten a la cita. En la fila que aparece debajo de la columna cita y asistencia (asiten.); colocar la firma del personal de salud que brinda la atención. educativa.

## INSTRUCTIVO

### **REGISTRO DE CUMPLIMIENTO Y ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD (FORM 1-B PERONAL DE SALUD) CITAS DE ATENCION Y CONTROL.**

Documento donde se registra las citas de atención y control de salud, de todos los integrantes de la familia, a la que deben acudir. Tomando en cuenta las fechas y horarios convenientes.

**Este formulario permanecerá en la Carpeta Familiar y es llenado por el personal de Salud.**

- DISTRITO:** Anotar el nombre del distrito donde esta ubicada la vivienda de la familia.
- CORREGIMIENTO:** Anotar el nombre del corregimiento al cual pertenece la familia.
- COMUNIDAD:** Anotar el nombre de la comunidad a la cual pertenece la familia.
- CENTRO DE SALUD:** Anotar el nombre del Centro de Salud , asignado para brindar los servicios de salud a las familias beneficiadas.
- OE:** Anotar el nombre del la Organización Extrainstitucional, asignada a brindar los servicios de Salud a las familias de su responsabilidad.
- FAMILIA** Anotar en letra clara, el apellido de la Familia.
- JEFE DE FAMILIA** Anotar el Nombre del Jefe de la Familia (persona responsable, Padre o Madre).
- INTEGRANTE DE LA FAMILIA:** En la columna nombre, colocar el nombre completo de cada miembro de la familia.
- SEXO:** Anotar con una **H**, si el integrante de la familia es Hombre y con una **M**, si el integrante de la familia es Mujer.
- EDAD:** Anotar la edad de cada uno de los miembros de la familia.
- N° DE CEDULA: /HISTORIA CLINICA:** Anotar el número de cédula de cada miembro de la familia o en su defecto en caso de menor de edad sin registrar, un número secuencial.
- EMBARAZADA:** En el caso de existir en la familia una mujer en estado de embarazo, anotar una X en la columna de embarazada.

**DISCAPACITADO:** En el caso de existir en la familia algún miembro con discapacidad, física o mental; anotar una X en la columna de discapacitado.

**CITAS DE CONTROLES DE SALUD:**

**EN LA COLUMNA PROGRAMADA:** Anotar la fecha de cita programada para cada miembro de la familia por el personal de salud.

**EN LA COLUMNA REALIZADA:** Anotar la Fecha de la cita realizada (fecha de asistencia), para cada miembro de la familia por el personal de salud.



**MINISTERIO DE SALUD  
RED DE PROTECCIÓN SOCIAL  
REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD.**

CENTRO DE SALUD U OE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

DISTRITO: \_\_\_\_\_

CORREGIMIENTO: \_\_\_\_\_

FAMILIA: \_\_\_\_\_

JEFE DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

**A. INTEGRANTES DE LA FAMILIA**

Nº	Nombre	Sexo H/M	Edad	Embarazada	Nº de Cédula /Nº de Historia Clínica	CITAS A LOS COTROLES DE SALUD											
						CITA	ASISTEN.	CITA	ASISTEN.	CITA	ASISTEN.	CITA	ASISTEN.	CITA	ASISTEN.	CITA	ASISTEN.
→ 1																	
2																	
3																	
→ 4																	
→ 5																	
→ 6																	
7																	
→ 8																	

NUMEROS DE CONTROLES POR GRUPO OBJETO

< 1 AÑO: 6 CONTROLES

1 - 4 AÑOS: 2 CONTROLES, POR CADA AÑO DE EDAD

EMBARAZADAS: 6 CONTROLES

(FORM 1-A) PACIENTE



**MINISTERIO DE SALUD  
RED DE PROTECCIÓN SOCIAL  
REGISTRO DE CUMPLIMIENTO DE ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD.**

CENTRO DE SALUD U OE RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

DISTRITO: \_\_\_\_\_

FAMILIA: \_\_\_\_\_

JEFE DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

**A. INTEGRANTES DE LA FAMILIA**

CORREGIMIENTO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

N°	Nombre	Sexo	Edad	N° de Cédula /N° de Historia Clínica	EMBARAZADA	DISCAPACITADO	CITAS DE CONTROLES DE SALUD											
		H/M					1		2		3		4		5		6	
							Progra-mada	Realizada	Progra-mada	Realizada	Progra-mada	Realizada	Progra-mada	Realizada	Progra-mada	Realizada	Progra-mada	Realizada
→ 1																		
→ 2																		
→ 3																		
→ 4																		
→ 5																		
→ 6																		
→ 7																		
→ 8																		

NUMEROS DE CONTROLES POR GRUPO OBJETO

< 1 AÑO: 6 CONTROLES

1 - 4 AÑOS: 2 CONTROLES, POR CADA AÑO DE EDAD

EMBARAZADAS: 6 CONTROLES

FORM.1-B PERSONAL DE SALUD