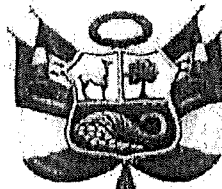


RESOLUCIÓN DIRECTORAL



Independencia, 05 MAR. 2024

VISTOS:



El Expediente con Hoja de Ruta N° 2023-I-00004111 y Hoja de Ruta N° 2024-I-0000039469 que contiene el Memorando N° 01-2024-CHC-MINSA/DIRIS.LN/6/OGC de la Presidenta del Comité Institucional de Historias Clínicas de la DIRIS LN, el Informe N° 003-2024-MINSA/DIRIS-LN/6/OIS/UFAMAJ/EVAJ de la Unidad Funcional del Área Mujer, Adolescente y Joven, el Provelido N° 563-2024-MINSA/DIRIS.LN/6/OIS/UFAMAJ/EVAJ de la Oficina de Intervenciones Sanitarias, y el Oficio N° 039-2024-MINSA/DIRIS.LN/6 y la Nota Informativa N° 58-2024-MINSA/DIRIS.LN/6/OIS/UFAMAJ/EVAJ de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria, el Informe Jurídico N° 59-2024-MINSA/DIRIS-LN/1-OAJ de la Oficina de Asesoría Jurídica, y los Formatos de Derivación de IIEE a EESS, Devolución de EESS a IIEE, y sus instructivos para su incorporación en la Historia Clínica en los establecimientos de salud de la jurisdicción de la DIRIS LN, con los demás actuados del expediente, y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 9 de la Constitución Política del Estado Peruano, en armonía con el artículo 122 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud y la modificación del artículo 123 del mismo cuerpo de leyes, concordantes con el artículo 22, numeral 22.1 de la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y de los artículos 4 y 5 del Decreto Legislativo N°1161, Ley que aprueba la Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su Reglamento de Organización y Funciones, aprobado por el Decreto Supremo N° 008-2017-SA, el Ministerio de Salud, ejerce la rectoría del Sistema Funcional de Salud, estando a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política nacional de salud y es la máxima autoridad en materia de salud, siendo la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte (en adelante, DIRIS LN), el órgano desconcentrado que detenta la Autoridad Sanitaria del MINSA en el ámbito territorial que le compete;

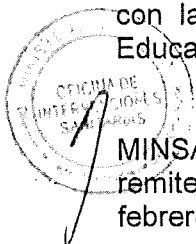
Que, asimismo nuestra carta magna en su artículo 7 prescribe "*Todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa (...)*", ello en concordancia a los artículos I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que, la

protección de la salud es de interés público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante el Memorando N° 01-2024-CHC-MINSA/DIRIS.LN/6/OGC de fecha 25 de enero de 2024, la Presidenta del Comité Institucional de Historias Clínicas, remitió el Acta de Reunión en donde el mencionado colegiado de fecha 19 de enero de 2024, se aprobó los siguientes formatos: (i) Formato de Derivación de IIEE a EESS, (ii) Formato de Devolución de EESS a IIEE, (iii) Instructivo para el llevado de Formato de Derivación de IIEE a EESS, y (iv) Instructivo para el llevado de Formato de Devolución de EESS a IIEE;



Que, mediante el Informe N° 003-2024-MINSA/DIRIS-LN/6/OIS/UFAMAJ/EVAJ, formulado por la Unidad Funcional del Área Mujer, Adolescente y Joven, remitido a través del Proveído N° 563-2024-MINSA/DIRIS.LN/6/OSS por la Oficina de Intervenciones Sanitarias, y elevado mediante el Oficio N° 039-2024-MINSA/DIRIS.LN/6 por la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria, se señalan, entre otros, que los formatos contemplan las prestaciones de los paquetes de cuidado integral de salud en el niño y adolescente las que se utilizarán como motivo de referencia por los docentes y/o directivos de la institución educativa que identificarán en los escolares factores de riesgo, quienes harán uso de los formatos, para derivar a los escolares a los EESS de la jurisdicción de la IIEE con su padre de familia para ser atendidos en los EESS donde se realizará la atención por el factor de riesgo identificado y se le ofertará el paquete de cuidado integral de salud por curso de vida. Asimismo, señala que, de acuerdo a la aprobación del Comité Institucional de Historias Clínicas, se debe continuar con la aprobación mediante resolución directoral para la incorporación de los formatos en la Historia Clínica de los EESS, el cual contribuirá con la mejora de los procesos de atención de los escolares de las Instituciones Educativas de Lima Norte;



Que, mediante Nota Informativa N° 58-2024-MINSA/DIRIS.LN/6/OIS/UFAMAJ/EVAJ, la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria, remite el Acta de Reunión del Comité Institucional de Historias Clínicas de fecha 21 de febrero de 2024, en el cual realizan una precisión al Acta de Reunión de fecha 19 de enero de 2024 con relación al Formato de Devolución de EESS a IIEE;

Informe N° 003-2024-MINSA/DIRIS-LN/6/OIS/UFAMAJ/EVAJ, formulado por la Unidad Funcional del Área Mujer, Adolescente y Joven, remitido a través del Proveído N° 563-2024-MINSA/DIRIS.LN/6/OSS por la Oficina de Intervenciones Sanitarias, y elevado mediante el Oficio N° 039-2024-MINSA/DIRIS.LN/6 por la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria;

Que, a través del Informe Jurídico N° 59-2024-MINSA/DIRIS-LN/1-OAJ, de fecha 26 de febrero de 2024, la Oficina de Asesoría Jurídica, señala en sus conclusiones lo siguiente: *"De la revisión de la documentación presentada, así como también, de la opinión de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria, y del Comité Institucional de Historias Clínicas, este Despacho considera que resulta jurídicamente viable la aprobación de los siguientes documentos: (i) Formato de Derivación de IIEE a EESS, (ii) Formato de Devolución de EESS a IIEE, (iii) Instructivo para el llevado de Formato de Derivación de IIEE a EESS, y (iv) Instructivo para el llevado de Formato de Devolución de EESS a IIEE; para su incorporación en la Historia Clínica en los establecimientos de salud de la jurisdicción de la DIRIS LN";*

Con el visto bueno de la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria, de la Oficina de Intervenciones Sanitarias, y de la Oficina de Asesoría Jurídica de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, y;

En uso de las atribuciones conferidas mediante la Resolución Ministerial N°003-2024/MINSA, así como, en el Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del MINSA, el Decreto Supremo N° 008-2017-SA, modificado por Decreto Supremo N° 011-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; la Resolución Ministerial N° 467-2017/MINSA y lo previsto por el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1.- APROBAR, la incorporación en la Historia Clínica en los establecimientos de salud de la jurisdicción de la DIRIS LN, los siguientes documentos: (i) Formato de Derivación de IIEE a EESS, (ii) Formato de Devolución de EESS a IIEE, (iii) Instructivo para el llevado de Formato de Derivación de IIEE a EESS, y (iv) Instructivo para el llevado de Formato de Devolución de EESS a IIEE; que constan de (02), (01), (05) y (02) folios respectivamente y que forman parte de la presente resolución directoral.

ARTÍCULO 2.- DISPONER, que la Dirección de Monitoreo y Gestión Sanitaria, se encargue de realizar la notificación de la presente resolución a las áreas competentes de acuerdo a la distribución prevista, así como, remitir al Comité Institucional de Historias Clínicas, conforme al trámite de ley.

ARTÍCULO 3.- PUBLICAR, la presente resolución en el portal de transparencia de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SALUD LIMA NORTE
DR. JORGE CARLOS RAMÍREZ CASTILLO
DIRECTOR GENERAL
C.O.C. 1705

JGRC/TLCS

Distribución:

- Asesoría Jurídica
- Dirección Administrativa
- DMGS
- Oficina de Comunicaciones
- Archivo



PERÚ

Ministerio
de SaludVice ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludDirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte**FORMATO DE DERIVACIÓN DE IIEE a EESS**

FORMATO DE DERIVACIÓN (De IIEE a EESS)															Nº						
1. DATOS GENERALES																					
Fecha de la Derivación:		Día				Mes				Año				Hora							
IIEE origen de derivación:										Distrito de IIEE:											
2. IDENTIFICACIÓN DEL ESTUDIANTE																					
Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombres													
Sexo:		F		M		Edad:				Grado:				Sección:				Lengua Materna:			
Documento de Identidad:		Tipo:		DNI		CE		Pasaporte		PTP/CPT		Cédula		Sin Documento		Nº de Documento					
Nacionalidad:																					
Dirección:										Distrito:						Departamento:					
Cuenta con Seguro de Salud:		SI		NO		Tipo de seguro:		SIS		ESSALUD		Ninguno		Otro:							
Presenta Discapacidad:		SI		NO		Si respondió si, marcar con una X si la discapacidad es:				Temporal				Permanente							
Describa cual																					
3. DATOS DE MADRE – PADRE O APODERADO																					
Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombres													
Teléfono 1				Teléfono 2				Parentesco:													
4. DATOS DE QUIEN DERIVA																					
Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombres													
Cargo:				Teléfono:				Doc. Identidad:													

**PERÚ****Ministerio
de Salud**Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludDirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

5. MOTIVO DE LA REFERENCIA	MARCAR CON UNA X SEGÚN SEA EL CASO
Sospecha de trastornos mentales (depresión y ansiedad, consumo de alcohol y drogas) y del comportamiento.	
Requiere consejería salud mental	
Requiere consejería en salud sexual y reproductiva (sexualidad, prevención de embarazo, de ITS, VIH y Hepatitis B u otros)	
Requiere provisión de métodos anticonceptivos	
Requiere tamizaje para la detección de ITS/VIH-SIDA, Hepatitis B	
Evaluación médica general	
Sospecha de sintomáticos respiratorios - TBC (<i>tos con flema por más de 15 días, baja de peso, sudoración nocturna</i>)	
Sospecha de problemas nutricionales y/o enfermedades no transmisibles (sobrepeso, obesidad, delgadez, diabetes, hipertensión y otros)	
Sospecha de anemia	
Sospecha de problemas visuales (evaluación ocular)	
Sospecha de problemas auditivos (evaluación de agudeza auditiva)	
Sospecha de problemas físico postural	
Esquema incompleto de vacunación	
Problemas de salud bucal (Evaluación bucal)	
Otro especificar:	

6. DATOS DEL EESS DE DERIVACIÓN

EESS de Destino	RENIPRESS	Nombre del EESS			
SERVICIO (Marcar con X según corresponda)		Curso de Vida niño(a):		Curso de Vida Adolescente:	Otro:
Fecha y hora en que será atendido:					
Nombre de quien recibirá la derivación :					
Nombre y firma de quien coordinó la derivación y atención	Nombres y Apellidos de quien coordina derivación Firma				
Acompañante del Estudiante	Nombres y Apellidos		Firma	Huella Digital	
Firma del director de la Institución educativa					

La presente Ficha de Derivación es para la atención de estudiantes en los EESS independientemente del tipo de seguro que posea y de uso exclusivo para el personal Docente, Administrativo y Directivo de las Instituciones Educativas de Lima Norte.

**PERÚ****Ministerio
de Salud**Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludDirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte**FORMATO DE DEVOLUCIÓN DE EESS A IIEE**

FORMATO DE DEVOLUCIÓN (De EESS a IIEE)												Nº	
1. DATOS GENERALES													
Fecha de la Devolución:		Día		Mes		Año		Hora					
Establecimiento de salud destino de la respuesta de la derivación:				RENIPRESS				Nombre del EESS					
IIEE origen de derivación:								Distrito de IIEE:					
2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO													
Apellido Paterno				Apellido Materno				Nombres					
Documento de Identidad:		Tipo	DNI	CE	Pasaporte	PTP/CPT	Cédula	Sin Documento	Nº de Documento				
Sexo:	F	M	Edad:		Distrito:				Departamento:				
Dirección:													
3. DATOS DE LA CONTRA DERIVACIÓN													
Servicio que realiza la Devolución:													
Fecha y Hora en que fue atendido:													
RECOMENDACIONES E INDICACIONES PARA EL SEGUIMIENTO												MARCAR CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA	
<i>Para dar continuidad a la atención del estudiante se requiere:</i>													
SE REQUIERE COORDINACIÓN CON EL DIRECTOR /TUTOR/ DOCENTE													
SE REQUIERE QUE CONTINUE EL PAQUETE DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD													
SE REQUIERE QUE ACUDA A SUS SESIONES EN EL EESS													
SE REQUIERE QUE ACUDA A UN EESS DE MAYOR COMPLEJIDAD													
SE REQUIERE VISITA DOMICILIARIA													
SE REQUIERE DERIVACIÓN A OTRAS INSTITUCIONES DE PROTECCIÓN													
SE REQUIERE QUE ACUDA AL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD METAL/MAMIS													
OTROS: (Especificar acción)													
4. RESPONSABLE DE LA CONTRA-DEVOLUCIÓN													
Condiciones de usuario para la contra devolución (marcar con X según corresponda)						Nombre y Apellido:							
Curado				Deserción				Nº de Colegiatura:					
Mejorado				Retiro Voluntario				Firma y Sello					
Con apoyo Diagnóstico				Fallecido									
La presente ficha de devolución es de la atención brindada a los estudiantes derivados de las IIEES, es de uso exclusivo del personal de salud de los EESS de DIRIS Lima Norte. La ficha permitirá el seguimiento del adolescente por la institución educativa de Lima Norte.													

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Vicerrectorado
de Prestaciones y
Asesoramiento en Salud****Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte**

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE FORMATO DE DERIVACIÓN DE IIEE a EESS

En el caso del registro del formato de derivación será llenado por el personal directivo, docente, auxiliar y/u otro personal de la IIEE que detecta señales de alerta (cartilla: Anexo 1) en los estudiantes de la IIEE y es refrendado por el director de la IIEE y en acuerdo con el padre de familia para que se realice la derivación de forma oportuna al EESS.

Para el registro del formato de derivación en el caso de:

N°: Colocar el número de formato de derivación, el año y siglas o número de la IIEE.
Ejemplo 1: 001 – 2023 – N°5178 y/o Ejemplo 2: 001-2023-JMA

1. DE LOS DATOS GENERALES:

- Registrar la fecha de derivación: día, mes, año y hora
- IIEE de origen de derivación: registrar el nombre de la institución educativa a la que pertenece el alumno(a)
- Distrito de IIEE: registrar a qué distrito pertenece la institución educativa del alumno(a) referido.

2. DE LA IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE:

- Colocar **apellido paterno, materno y nombres** del estudiante a derivar
 - **Sexo:** marcar "F" si es femenino o "M" si es masculino
 - **Edad:** registrar en años cumplidos
 - **Grado:** registrar el grado que cursa el estudiante a derivar
 - **Sección:** registrar la sección a la que pertenece el estudiante a derivar
 - **Lengua Materna:** registrar la lengua materna que habla el estudiante
 - **Documento de Identidad:** registrar el **tipo de documento** de acuerdo a lo que corresponda y marcar con una X según el caso:
 - DNI: Documento Nacional de Identidad
 - CE: Carné de Extranjería
 - Pasaporte: (Solo extranjeros)
 - PTP/CPT: PTP: Permiso Temporal de Permanencia - CPT: Carne de Permiso Temporal de Permanencia. (Solo extranjeros)
 - Cedula: (Solo extranjeros)
 - Sin documento: alumno que no tenga ninguno de los documentos de identidad antes descritos.
 - **N° de documento:** registrar el número del documento del estudiante
 - **Nacionalidad:** registrar la nacionalidad del estudiante
 - **Dirección:** Registrar la dirección donde actualmente vive el estudiante
 - **Distrito:** Registrar el distrito actual donde vive el estudiante
 - **Departamento:** Registrar el departamento donde actualmente vive el estudiante
 - **Cuenta con Seguro de Salud:** marcar SI o No según corresponda
 - **Tipo de Seguro:** marcar el tipo de seguro con el que refiere contar el estudiante
 - SIS: Seguro Integral de Salud
 - ESSALUD: Seguro Social de Salud
 - Ninguno: marcar si no tiene ningún seguro
 - Otro: si marca otro debe indicar cuál (registrar el nombre)
 - **Presenta discapacidad:** Marcar SI o NO según corresponda
 - **Si responde si:** marcar con una X si la discapacidad es **permanente** o **temporal**
 - **Describe cual:** de ser el caso colocar el tipo de discapacidad que presenta el estudiante
- #### **3. DE LOS DATOS DE LA MADRE – PADRE O APODERADO**
- Colocar **apellido paterno, materno y nombres** de la madre, padre, apoderado o tutor del estudiante a derivar
 - **Teléfono:** registrar el número telefónico, 1 o 2 números de contacto de ser el caso
 - **Parentesco:** describa la relación de la persona (padre, madre, apoderado o tutor legal) con el que alumno es derivado



PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludDirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte**4. DE LOS DATOS DE QUIEN DERIVA**

- Colocar **apellido paterno, materno y nombres** de la persona de la IIEE que ha realizado la derivación del estudiante
- **Cargo:** registra el cargo que tiene en la IIEE, número de teléfono y Documento de Identidad.

5. **DEL MOTIVO DE LA REFERENCIA:** marca de acuerdo a la señal de alerta identificada en el estudiante de la IIEE. Complementa con la Cartilla de Señales de Alerta. Anexo 1

DE ACUERDO AL MOTIVO DE LA REFERENCIA

- a) **Sospecha de trastornos mentales** (depresión y ansiedad, consumo de alcohol y drogas) y del comportamiento, de acuerdo a las señales de alerta presentadas en la cartilla.

- b) **Requiere consejería en salud mental**

De acuerdo a las señales de alerta presentadas en la cartilla.

SEÑALES DE ALERTA EN SALUD MENTAL

DEPRESIÓN			
SEÑALES DE ALERTA POR EDADES	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Tristeza prolongada	✓	✓	✓
Cambios de humor		✓	✓
Llanto frecuente sin razón	✓	✓	✓
Enojo o agresividad		✓	✓
Muy impulsivo		✓	✓
Descuido de su apariencia personal frecuente		✓	✓
Señales de aislamiento (no participa, no juega con sus compañeros, desinterés por el estudio, otros)	✓	✓	✓

ANSIEDAD			
SEÑALES DE ALERTA POR EDADES	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Rabietas, irritable	✓	✓	✓
Dolencias físicas (dolor de cabeza, estómago)	✓	✓	✓
Llanto sin motivo aparente	✓	✓	✓
Negativa a separarse de sus padres	✓	✓	✓
Miedo intenso y prolongado	✓	✓	✓
Pérdida o incremento excesivo del apetito	✓	✓	✓
Dolor en el pecho (torácico)			✓

CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS			
SEÑALES DE ALERTA POR EDADES	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Bajo rendimiento y ausentismo escolar		✓	✓
Deja sus actividades escolares habituales		✓	✓
Cambio repentino de grupo de amigos		✓	✓
Irritabilidad y reacciones de cólera		✓	✓
Miente y/o sustrae objetos de compañeros		✓	✓
Pérdida de la motivación		✓	✓
Somnolencia y ojos enrojecidos		✓	✓
No reconoce el efecto nocivo de las drogas		✓	✓

- c) **Requiere consejería en salud sexual y reproductiva** (sexualidad, prevención de embarazo, de ITS, VIH y Hepatitis B u otros)
- d) **Requiere la provisión de métodos anticonceptivos, según lo requiera**
- e) **Requiere tamizaje para la detección de ITS/VIH-SIDA, Hepatitis B según lo requiera**
En el caso que el estudiante tenga dudas o consultas relacionados a su sexualidad, salud sexual, entre otros o cuando el docente tutor o directivo de la IIEE identifique a estudiantes en situación de riesgo o sospecha de inicio sexual temprano u otros relacionados a la salud sexual y reproductiva. Además de las señales de alerta presentadas en la cartilla.



PERÚ

Ministerio
de SaludVigilancia
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludDirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

SEÑALES DE ALERTA POR EDADES	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Náuseas, vómitos frecuentes			✓
Tiene mareos y/o desmayos			✓
Dolor de vientre o estómago			✓
Crecimiento del abdomen			✓
Falta injustificadamente a clases sin motivo			✓
Llora frecuentemente sin motivo aparente			✓
Piden frecuentemente permiso al baño			✓
Tiene mucho sueño o se queda dormida en clase			✓

- c) **Evaluación médica general:** de acuerdo a las señales de alerta presentadas en la cartilla.

SEÑALES DE CÁNCER INFANTIL

SEÑALES DE ALERTA POR EDADES	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Dolor persistente en huesos y abdomen	✓	✓	✓
Fiebre sin causa o por más de una semana	✓	✓	✓
Moretones o sangrado de nariz y encías	✓	✓	✓
Crecimiento tumoral o de ganglios	✓	✓	✓
Picazón del cuerpo sin lesiones de la piel	✓	✓	✓
Cansancio fácil, palidez y anemia súbita	✓	✓	✓
Pérdida de peso	✓	✓	✓
Dolor de cabeza y vómitos por la mañana por varios días	✓	✓	✓
Abdomen que crece rápidamente	✓	✓	✓
Infección que no mejora	✓	✓	✓

- d) **Sospecha de sintomáticos respiratorios – TBC (tos con flema por más de 15 días, baja de peso, sudoración nocturna):** de acuerdo a las señales de alerta presentadas en la cartilla.

SEÑALES DE ALERTA PARA DETECCIÓN DE CASOS DE TUBERCULOSIS**SINTOMAS RESPIRATORIOS**

SEÑALES DE ALERTA POR EDADES	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Tos con flema más de 15 días	✓	✓	✓
Pérdida de peso no intencionada	✓	✓	✓
Fiebre	✓	✓	✓
Sudoración nocturna	✓	✓	✓
Sensación de fatiga persistente	✓	✓	✓
Pérdida de apetito	✓	✓	✓
Deficiencia en el crecimiento	✓	✓	
Tos con sangre			✓
Antecedente con familiar con tuberculosis	✓	✓	✓



PERÚ

Ministerio
de SaludVice ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludDirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

- e) **Sospecha de problemas nutricionales y/o enfermedades no transmisibles (sobrepeso, obesidad, delgadez, diabetes, hipertensión y otros)**

- f) **Sospecha de anemia**

De acuerdo a las señales de alerta presentadas en la cartilla

MALNUTRICION			ENFERMEDADES DE DAÑO NO TRANSMISIBLES (DIABETES E HIPERTENSION)			
Señales de alerta	Desnutrición	Exceso de Peso	SEÑALES DE ALERTA POR EDADES	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Cabello delgado / caída de cabello	✓		Presenta mucha sed	✓	✓	✓
Cabello opaco o quebradizo			Tiene ganas de comer a cada momento	✓	✓	✓
Resequedad de la piel	✓		Tienes ganas de miccionar muy seguido	✓	✓	✓
Uñas quebradizas	✓		Aumento de peso rápido	✓	✓	✓
Pigmentación oscura en cuello		✓	Dolor de cabeza y mareo	✓	✓	✓
Ganancia rápida de peso		✓	Dolor de pecho	✓	✓	✓
Perdida rápida de peso	✓		Se siente agitado, le late rápido el corazón sin haber realizado actividad física	✓	✓	✓
Palmas de las manos amarillentas o pálidas	✓					
Cansancio / fatiga	✓	✓				
Dificultad para respirar	✓					

- g) **Sospechas de problemas visuales (evaluación ocular):** de acuerdo a las señales de alerta presentadas en la cartilla.

SALUD OCULAR			
SEÑALES DE ALERTA POR EDADES	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Se frota los ojos frecuentemente	✓	✓	✓
Visión borrosa de lejos o cerca	✓	✓	✓
Presenta dolor de cabeza, escozor de los ojos y legañas	✓	✓	✓
Confunde colores, letras y números	✓	✓	✓
Entrecierran y achinan los ojos para ver	✓	✓	✓
No copia lo que se escribe en la pizarra	✓	✓	✓
Se quedan dormido en clases	✓	✓	✓

- h) **Sospecha de problemas auditivos (evaluación de la agudeza auditiva)**

Estudiante refiere que no escucha bien, le hablan y no entiende, refiere molestias de los oídos entre otros

- i) **Sospecha de problemas físico postural**

Estudiante refiere molestias a nivel de la espalda, se cae frecuentemente cuando corre entre otros.

- j) **Esquema incompleto de vacunación**

Estudiante no ha cumplido con el esquema de vacunación



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

- k) **Problemas de salud bucal (evaluación bucal):** de acuerdo a las señales de alerta presentadas en la cartilla.

SALUD BUCAL			
SEÑALES DE ALERTA POR EDADES	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Fiebre debido al cambio de dientes	✓	✓	✓
Estudiante lloroso con malestar por el aflojamiento de sus dientes	✓	✓	
Dolor producido por la erupción de un diente, no puede concentrarse en clase	✓	✓	✓
Dolor producido por un cepillado dental excesivo	✓	✓	✓
Dolor en boca producido por el uso de aparatos dentales (brackets)			✓
Enrojecimiento e hinchazón de la cara, lo que le hace perder la concentración de su clase	✓	✓	✓

- l) **Otro especificar:** En el caso de que no se encuentre los motivos de referencia detallados en la parte superior del cuadro marque este casillero y mencione la señal de alerta identificada

6. **DATOS DEL EESS DE DERIVACIÓN**

- **EESS de destino,** registrar el código RENIPRESS del EESS de acuerdo al anexo 2 y coloca el nombre del EESS
- **Servicio (Marcar con X según corresponda),** el servicio donde derivara al estudiante: **curso de vida niño(a), curso de vida adolescente y/u otro.**
- **Fecha y hora en que será atendido:** coordinar previamente con el profesional del EESS de acuerdo a la edad del estudiante para la derivación de acuerdo a lo que corresponda.
- **Nombre de quien recibirá la derivación:** registra el nombre de la persona que recepcionaria la derivación en el EESS.
- **Nombre y firma de quien coordinó la derivación y atención:** registrar nombre y apellido completo de quien coordino la derivación y su firma respectiva.
- **Acompañante del Estudiante:** registrar nombre y apellido completo de la persona que acompañara al estudiante al EESS con la hoja de derivación, registrar firma y huella digital.
- **Firma del director de la institución educativa:** sello y firma la autoridad de la IIEE

Glosario:

- EESS: Establecimiento de salud
- RENIPRESS: Registro Nacional de IPRESS
- IPRESS: institución(es) Prestadora(s) de Servicios de Salud
- IIEE: Institución educativa

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud****Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte**

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE FORMATO DE DEVOLUCION DE EESS A IIEE

En el caso del registro del formato de devolución será llenado por el profesional que brinda la prestación del factor riesgo identificado después de la consulta realizada al estudiante en el EESS que recibió el formato de derivación de la IIEE.

Para el registro del formato de devolución en el caso de:

Nº: Colocar el número de formato de devolución, el año y siglas del EESS. Ejemplo: 001 – 2023 – CSLF (Ejemplo CS La Flor)

1. DE LOS DATOS GENERALES:

- **Registrar la fecha de devolución:** día, mes, año y hora
- **Establecimiento de salud de destino de la derivación:** registrar el RENIPRESS y nombre del EESS
- **IIEE origen de derivación:** registrar el nombre de la IIEE que derivo el caso
- **Distrito de IIEE:** registrar a qué distrito que pertenece la institución educativa

2. DE LA IDENTIFICACION DEL USUARIO:

- Registrar el **apellido paterno, materno y nombres** del estudiante que se devuelve a la IIEE
- **Documento de Identidad:** registrar el **tipo de documento** de acuerdo a lo que corresponda y marcar con una X según el caso:
 - DNI: Documento Nacional de Identidad
 - CE: Carné de Extranjería
 - Pasaporte: (Solo extranjeros)
 - PTP/CPT: PTP: Permiso Temporal de Permanencia - CPT: Carne de Permiso Temporal de Permanencia. (Solo extranjeros)
 - Cedula: (Solo extranjeros)
 - Sin documento: alumno que no tenga ninguno de los documentos de identidad antes descritos
- **Nº de documento:** registrar el número del documento del estudiante
- **Sexo:** marcar "F" si es femenino o "M" si es masculino
- **Edad:** registrar en años cumplidos
- **Distrito:** Registrar el distrito actual donde vive el estudiante
- **Departamento:** Registrar el departamento donde actualmente vive el estudiante
- **Dirección:** Registrar la dirección donde actualmente vive el estudiante

3. DE LOS DATOS DE LA CONTRA DERIVACION

- **Servicio que realiza la devolución:** se registra el nombre del servicio que realiza la devolución del estudiante
- **Fecha y hora en que fue atendido:** se registra la fecha y hora que fue atendido el estudiante.

RECOMENDACIONES E INDICACIONES PARA EL SEGUIMIENTO

Para dar continuidad a la atención del estudiante se requiere marcar los casilleros según correspondan:

- Se requiere coordinación con el director/tutor/docente
- se requiere que continúe el paquete de cuidado integral de salud
- se requiere que acuda a sus sesiones en el EESS
- se requiere que acuda a un EESS de mayor complejidad
- se requiere visita domiciliaria
- se requiere derivación a otras instituciones de protección
- se requiere que acuda al centro comunitario de salud mental/mamis
- Otros: (Especificar acción)

Al respecto el profesional registrara y/o marcara de acuerdo a lo que corresponda para el seguimiento del estudiante.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Dirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

4. RESPONSABLE DE LA CONTRA-DEVOLUCIÓN

Condiciones de usuario para la contra devolución (marcar con X según corresponda):

- Curado
- Mejorado
- Deserción
- Retiro Voluntario
- Con apoyo diagnóstico
- Fallecido

Registrar nombre y apellido, N° de Colegiatura, firma y sello: del profesional que realizó la atención.

Glosario:

- EESS: Establecimiento de salud
- RENIPRESS: Registro Nacional de IPRESS
- IPRESS: institución(es) Prestadora(s) de Servicios de Salud
- IIEE: Institución educativa

**PERÚ****Ministerio
de Salud**Vice ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludDirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte

CARTILLA DE SEÑALES DE ALERTA DE IDENTIFICACION DE RIESGO EN SALUD DE LOS ESCOLARES PARA DOCENTES Y DIRECTIVOS DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA JURISDICCION DE LIMA NORTE

SEÑALES DE ALERTA EN SALUD MENTAL

DEPRESIÓN				ANSIEDAD			
SEÑALES DE ALERTA POR EDADES	3-5 años	6-11 años	12-17 años	SEÑALES DE ALERTA POR EDADES	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Tristeza prolongada	✓	✓	✓	Rabietas, irritable	✓	✓	✓
Cambios de humor		✓	✓	Dolencias físicas (dolor de cabeza, estómago)	✓	✓	✓
Llanto frecuente sin razón	✓	✓	✓	Llanto sin motivo aparente	✓	✓	✓
Enojo o agresividad		✓	✓	Negativa a separarse de sus padres	✓	✓	✓
Muy impulsivo		✓	✓	Miedo intenso y prolongado	✓	✓	✓
Desculdo frecuente de su apariencia personal		✓	✓	Pérdida o incremento excesivo del apetito	✓	✓	✓
Señales de aislamiento (no participa, no juega con sus compañeros, desinterés por el estudio, otros)	✓	✓	✓	Dolor en el pecho (torácico)			✓

CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS			
SEÑALES DE ALERTA POR EDADES	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Bajo rendimiento y ausentismo escolar		✓	✓
Deja sus actividades escolares habituales		✓	✓
Cambio repentino de grupo de amigos		✓	✓
Irritabilidad y reacciones de cólera		✓	✓
Miente y/o sustrae objetos de compañeros		✓	✓
Pérdida de la motivación		✓	✓
Somnolencia y ojos enrojecidos		✓	✓
No reconoce el efecto nocivo de las drogas		✓	✓

SEÑALES DE ALERTA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA			
SEÑALES DE ALERTA POR EDADES	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Náuseas, vómitos frecuentes			✓
Tiene mareos y/o desmayos			✓
Dolor de vientre o estómago			✓
Creclimiento del abdomen			✓
Falta injustificadamente a clases sin motivo			✓
Llora frecuentemente sin motivo aparente			✓
Piden frecuentemente permiso al baño			✓
Tiene mucho sueño o se queda dormida en clase			✓

**PERÚ****Ministerio
de Salud**Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludDirección de Redes
Integradas de Salud
Lima Norte**SEÑALES DE ALERTA EN SALUD FISICA Y NUTRICIONAL**

SEÑALES DE ALERTA POR EDADES			
	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Dolor persistente en huesos y abdomen	✓	✓	✓
Fiebre sin causa o por más de una semana	✓	✓	✓
Moretones o sangrado de nariz y encías	✓	✓	✓
Crecimiento tumoral o de ganglios	✓	✓	✓
Picazón del cuerpo sin lesiones de la piel	✓	✓	✓
Cansancio fácil, palidez y anemia súbita	✓	✓	✓
Pérdida de peso	✓	✓	✓
Dolor de cabeza y vómitos por la mañana por varios días	✓	✓	✓
Abdomen que crece rápidamente	✓	✓	✓
Infección que no mejora	✓	✓	✓

SINTOMAS RESPIRATORIOS			
	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Tos con flema más de 15 días	✓	✓	✓
Pérdida de peso no intencionada	✓	✓	✓
Fiebre	✓	✓	✓
Sudoración nocturna	✓	✓	✓
Sensación de fatiga persistente	✓	✓	✓
Pérdida de apetito	✓	✓	✓
Deficiencia en el crecimiento	✓	✓	
Tos con sangre			✓
Antecedente con familiar con tuberculosis	✓	✓	✓

SALUD BUCAL			
	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Elevación leve de la temperatura debido al cambio de dientes	✓	✓	✓
Niños con malestar por el aflojamiento de sus dientes	✓	✓	
Dolor producido por la erupción de un diente (estudiante irritado, falta de apetito) no puede concentrarse en clase	✓	✓	✓
Dolor producido por un cepillado dental excesivo	✓	✓	✓
Dolor producido por el uso de aparatos dentales (brackets)			✓
Enrojecimiento e hinchazón de la cara, lo cual le hace perder la concentración de su clase	✓	✓	✓

SALUD OCULAR			
	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Se frota los ojos frecuentemente	✓	✓	✓
Visión borrosa de lejos o cerca	✓	✓	✓
Presenta dolor de cabeza, escozor de los ojos y legañas	✓	✓	✓
Confunde colores, letras y números	✓	✓	✓
Entrecierran y achinan los ojos para ver	✓	✓	✓
No copia lo que se escribe en la pizarra	✓	✓	✓
Se quedan dormido en clases	✓	✓	✓

MALNUTRICION		
Señales de alerta	Desnutrición	Exceso de Peso
Cabello delgado / caída de cabello	✓	
Cabello opaco o quebradizo		
Resequedad de la piel	✓	
Uñas quebradizas	✓	
Pigmentación oscura en cuello		✓
Ganancia rápida de peso		✓
Pérdida rápida de peso	✓	
Palmas de las manos amarillentas o pálidas	✓	
Cansancio / fatiga	✓	✓
Dificultad para respirar	✓	

ENFERMEDADES DE DAÑO NO TRANSMISIBLES (DIABETES E HIPERTENSION)			
	3-5 años	6-11 años	12-17 años
Presenta mucha sed	✓	✓	✓
Tiene ganas de comer a cada momento	✓	✓	✓
Tiene ganas de miccionar muy seguido	✓	✓	✓
Aumento de peso rápido	✓	✓	✓
Dolor de cabeza y mareo	✓	✓	✓
Dolor de pecho	✓	✓	✓
Se siente agitado, le late rápido el corazón sin haber realizado actividad física	✓	✓	✓