



# Resolución Directoral

Santa Anita, 16 de Julio del 2018

## VISTO:

El Expediente N° 18MP-05337-00, conteniendo el Informe N° 056-2018-OESA-HHV, solicitando la "Aprobación del Programa de Vigilancia Epidemiológica – Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Mental", y;

## CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II 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, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, por su parte el artículo 15° de la precitada Ley, señala que corresponde a la autoridad de salud competente dictar las medidas necesarias para minimizar y controlar los riesgos para la salud de las personas derivado de elementos, factores y agentes ambientales;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"; y mediante Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA, el Manual para la Mejora Continua de la Calidad", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de Mejora Continua en Salud en los Establecimientos de Salud y Servicio Médico de Apoyo;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, se aprueba el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", cuyo objetivo general es mejorar continuamente la calidad de los servicios del sector salud, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos que tengan un impacto en los resultados sanitarios;

Que, mediante Resolución Ministerial 496-2016-MINSA, de fecha 13 de Julio del 2016, se resuelve Aprobar la Directiva Sanitaria N° 071-MINSA/CDC-V.01, "Directiva Sanitaria para la Vigilancia de Problemas de la Salud Mental Priorizados en establecimientos de Salud Centinela y mediante Encuesta Poblacional", la misma que tiene como objetivo general establecer las pautas para la Implementación y Desarrollo de la Vigilancia de la Salud Mental en el Perú;

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital, en su Artículo 16°, señala que la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, tiene como función establecer y adecuar las normas de Bioseguridad existentes en relación a los riesgos ambientales químicos, físicos, biológicos, ergonómicos y de seguridad física, en los diferentes ambientes hospitalarios, para disminuir o evitar su probable impacto en la salud de los pacientes y/o usuarios, familiares de los pacientes, trabajadores y comunidad general;

Que, acorde al Informe Técnico N° 002-OESA-2018-HHV, emitido por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y atendiendo al contenido de dicho Informe se desprende que el Programa de Vigilancia Epidemiológica, tiene como objetivo general establecer un sistema de vigilancia sobre los problemas de la salud mental como problema prioritario de la salud pública, e involucrar a los diferentes niveles del gobierno para definir políticas, planificar y tomar decisiones, en el Hospital Hermilio Valdizán – Centro de Rehabilitación de Naña;





## Resolución Directoral

Santa Anita, 16 de Julio del 2018

Que, es deber de la institución velar por el adecuado cumplimiento de las normas y con el propósito de proseguir las acciones es necesario dar cumplimiento según los objetivos institucionales propuestos, por lo cual resulta pertinente atender lo solicitado, con la expedición del correspondiente acto resolutorio, a fin que dentro del marco legal vigente, sus integrantes cumplan con dicho encargo y se aplique la mencionada directiva;

En uso de las facultades conferidas por el Artículo 11° inciso c), del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Hermilio Valdizán, aprobado por la Resolución Ministerial N° 797-2003-SADM; y, contando con la visación de la Dirección Adjunta de la Dirección General, Director Ejecutivo de Administración, Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital;

### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.- APROBAR EL "PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA – SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA SALUD MENTAL"**, el mismo que consta de treinta y dos (32) páginas, formando ambos parte integrante de la presente resolución.

**Artículo 2°.-** La Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, efectuara la difusión e implementación del referido programa, informando a la Dirección General sobre el desarrollo y resultados obtenidos.

**Artículo 3°.-** El Comité de Vigilancia Epidemiológica del Hospital Hermilio Valdizán, informará mensualmente a la Dirección General, los avances, coordinaciones y/o gestiones realizadas.

**Artículo 4°.-** La Oficina de Estadística e Informática, queda encargada de efectuar la publicación de la presente Resolución en el Portal Web Institucional del Hospital Hermilio Valdizán.

Regístrese y Comuníquese y Archívese,

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital "Hermilio Valdizán"

M.C. Gloria Luz Cueva Vergara  
Directora General (e)  
CMP 2149/RNE 12799



PERÚ

Ministerio  
de Salud

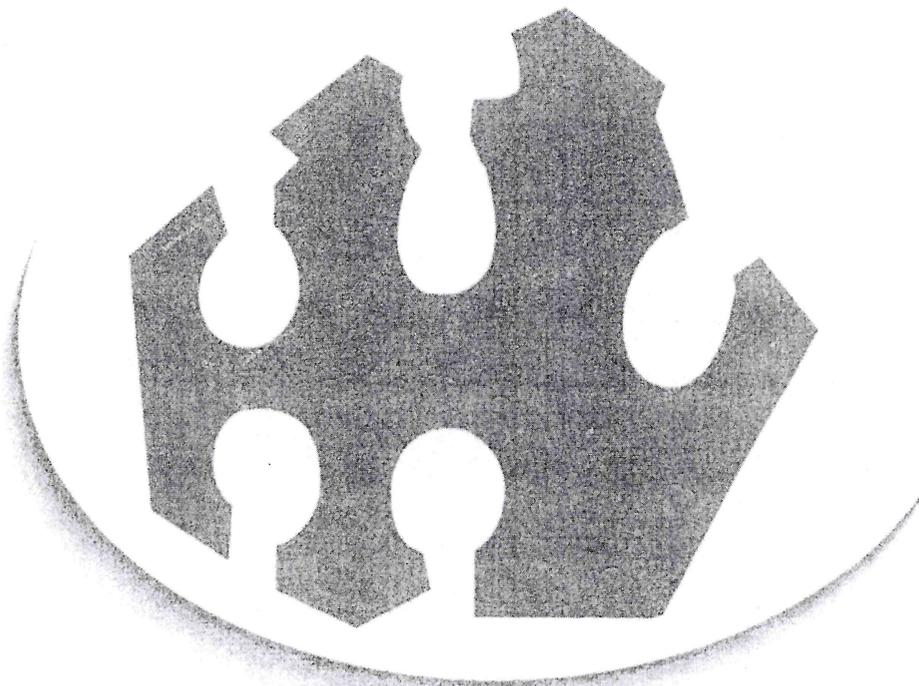
Hospital  
Hermilio  
Valdizán

Oficina de  
Epidemiología  
y Salud  
Ambiental

VIGILANCIA DE PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL  
PRIORIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
CENTINELA Y MEDIANTE ENCUESTA POBLACIONAL

# Programa de Vigilancia Epidemiológica

## “Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Mental”



HOSPITAL HERMILIO VALDIZÁN

2018



INDICE

CONTENIDO	Pág.
INTRODUCCIÓN .....	3
Organigrama estructural de la oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.....	5
Vigilancia Epidemiológica y Estrategias de Prevención que realiza la OESA.....	6
Vigilancia En Salud Ambiental y Estrategias de Prevención que realiza la OESA.....	7
Vigilancia de Problemas de la Salud Mental y Estrategias de Prevención que realiza la OESA.....	8
BASE LEGAL.....	9
2.1 Objetivos Generales.....	9
2.2 Objetivos Específicos.....	9
Componentes de Vigilancia sobre los problemas de la salud mental como un problema prioritario de la Salud Pública.....	9
Funciones de Monitoreo, Evaluación y Análisis de Situación sobre los problemas de la Salud Mental como un problema prioritario de la Salud Pública.....	10
Funciones de Vigilancia e intervenciones de la Salud Pública en salud Mental Problemas de Salud Mental Priorizados para la Vigilancia Epidemiológica.....	10
Seguimiento.....	11
Bibliografía.....	12
Anexo.....	13
Descripción (Operacionalización De Las Actividades Estratégicas).....	13
Comité De Vigilancia Epidemiologica En Salud Mental Y Colaborador.....	15





## Programa de Vigilancia Epidemiológica

### “Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Salud Mental”

“Cuando surgen grandes problemas de salud, alguien debe tomar decisiones. Esta no es responsabilidad básica del epidemiólogo. Las consideraciones administrativas, políticas y técnicas deben también pesarse. Es función de los epidemiólogos presentar los hechos a quienes toman las decisiones”

#### INTRODUCCIÓN

En la última década ha surgido con fuerza en las publicaciones científicas y en los medios de comunicación internacional y nacional el concepto de salud mental como un problema prioritario de salud pública. A menudo se ha enmarcado en planteamientos más globales relacionados con las enfermedades crónicas y más concretamente el cáncer, problemas cardiovasculares, trastornos metabólicos y nutricionales (obesidad, diabetes) y del aparato locomotor.

Sin embargo, a diferencia de enfermedades con gran recorrido histórico en definición, etiopatogenia, factores de riesgo y medidas preventivas, como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, el ámbito de acción en la salud mental tanto para vigilancia como para la prevención es todavía poco conocida y en menor proporción aplicada.

Este documento es una propuesta común de problemáticas y posibles alternativas de un programa de vigilancia de problemas de la Salud Mental, tras una reunión de coordinación, un grupo reducido de profesionales médicos-psiquiatras y enfermeras implicados en la asistencia sanitaria, la investigación y los profesionales de la vigilancia epidemiológica. El motivo es la percepción de la necesidad de una reflexión inicial sobre el marco de trabajo de Salud Pública, en particular, de la vigilancia epidemiológica de problemas de la salud mental. Esta propuesta se basa en la bibliografía referencial citada y cuyo enfoque está direccionados a la misión, visión y los objetivos institucionales.

La vigilancia de los problemas de salud mental debe seguir los patrones definidos para la vigilancia de las epidemias de casos nuevos, explícitamente definidos y aceptados como los casos de Intento de suicidio, Episodio depresivo moderado y grave, Primer episodio psicótico, Violencia Familiar, Conducta Adictiva/Consumo de sustancias psicoactivas, e incluir el análisis de la efectividad de las intervenciones preventivas.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital  
Hermilio  
Valdizán

Oficina de  
Epidemiología  
y Salud  
Ambiental

VIGILANCIA DE PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL  
PRIORIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
CENTINELA Y MEDIANTE ENCUESTA POBLACIONAL

Los estudios de prevalencia realizados (encuestas sobre determinadas problemáticas) y como muestra una población asistida en centros específicos, con el objeto de proponer actividades de vigilancia concretas, sistemáticas y obtener su aceptación por las autoridades de Salud, los profesionales y la población, en el marco de iniciativas globales de promoción de la salud mental, que contribuyan a la toma de decisiones en la promoción de inversiones de Salud Pública para prevenir los problemas de la Salud Mental.

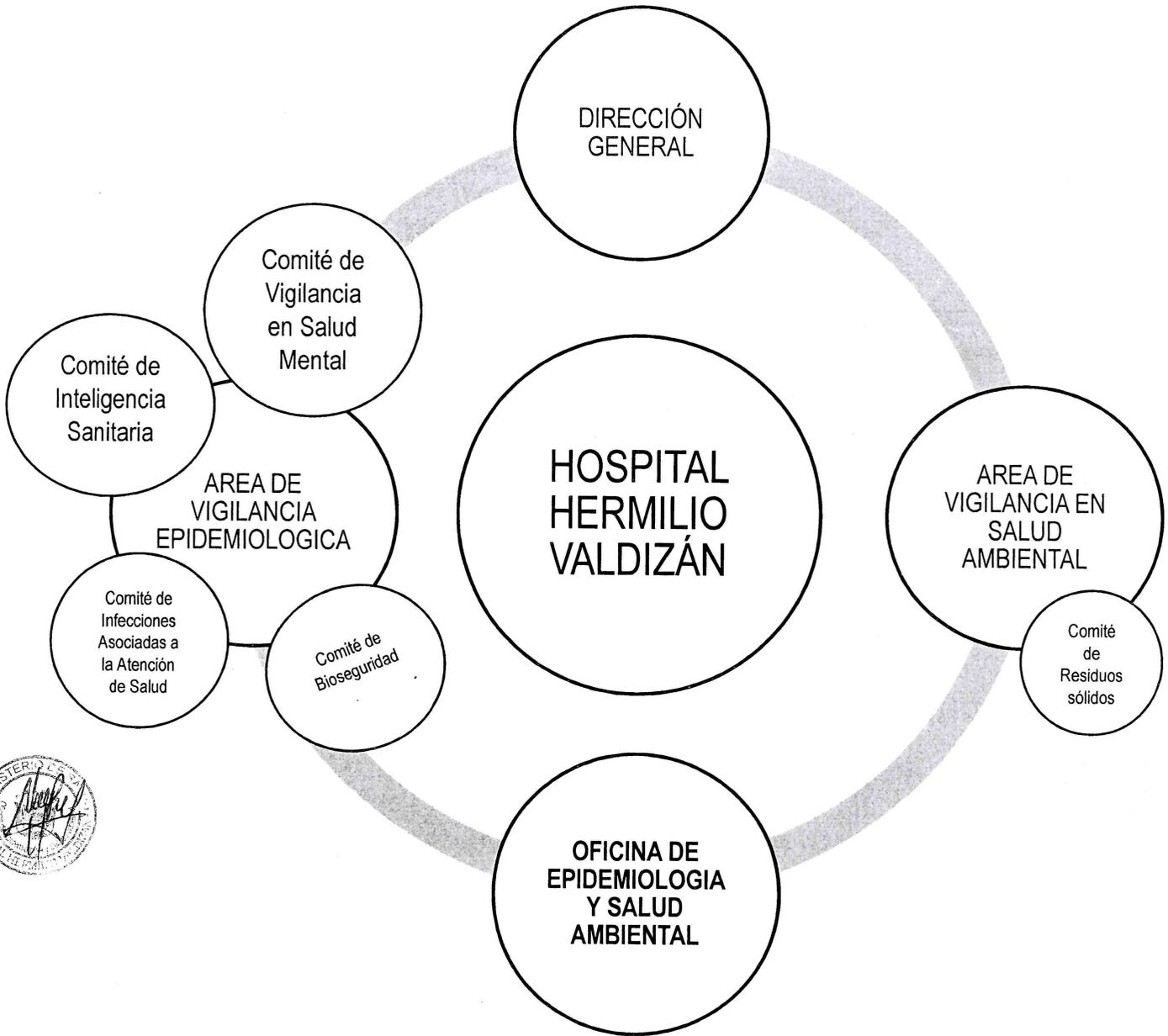
El Análisis de la situación de salud (incluyendo los puntos de vista epidemiológico, económico y social) para determinar el comportamiento, tendencias y efectos de los riesgos y enfermedades, tanto como de las respuestas en Salud mental es establecer las pautas para la elaboración o mejorar la efectividad, eficiencia y equidad de las intervenciones sanitarias destinadas a promocionar la salud Mental, prevenir la enfermedad o controlar los daños a la salud y la calidad de vida.

Por lo tanto, en el documento inicialmente presente la información del organigrama en un esquema modificado sobre la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, base legal, objetivos, componentes, funciones de monitoreo y vigilancia, el seguimiento, finalmente se enuncia las referencia bibliográfica.





ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital  
Hermilio  
Valdizán

Oficina de  
Epidemiología  
y Salud  
Ambiental

VIGILANCIA DE PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL  
PRIORIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
CENTINELA Y MEDIANTE ENCUESTA POBLACIONAL

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN QUE REALIZA LA OESA

Vigilancia de Epidemias No  
Transmisibles

**Vigilancia y Notificación de casos  
Nuevos de Problemas de la Salud  
Mental:**

Intento de Suicidio, Depresión  
moderada y Grave., Primer Episodio  
Psicótico, Violencia Familiar,  
Conducta Adictiva/consumo de  
Sustancias.

**Estrategias de Prevención:** "Activa  
la Salud Mental en tu propio espacio"

**Vigilancia de Epidemias  
Transmisibles**

Vigilancia y Notificación  
Obligatoria: Vigilancia de la  
búsqueda activa (Sarampión,  
Rubeola, Parálisis Flácida),  
Tuberculosis(TBC), Infecciones  
Respiratorias (IRA),  
Infecciones Diarreicas (EDA).

**Estrategias de Prevención:**  
(aplicación) Vacuna Hepatitis B  
e Influenza Estacional y PPD

## AREA DE EPIDEMIOLOGÍA

Vigilancia Integral  
de Bioseguridad:  
Evaluación  
Integral de  
Bioseguridad.

Vigilancia y Notificación de  
las Infecciones Asociadas a  
la Atención de Salud:  
"Fortalecimiento a la  
Adherencia a la Higiene y  
Lavado de Manos", Uso  
Adecuado y Seguro de  
Psicofarmacos.



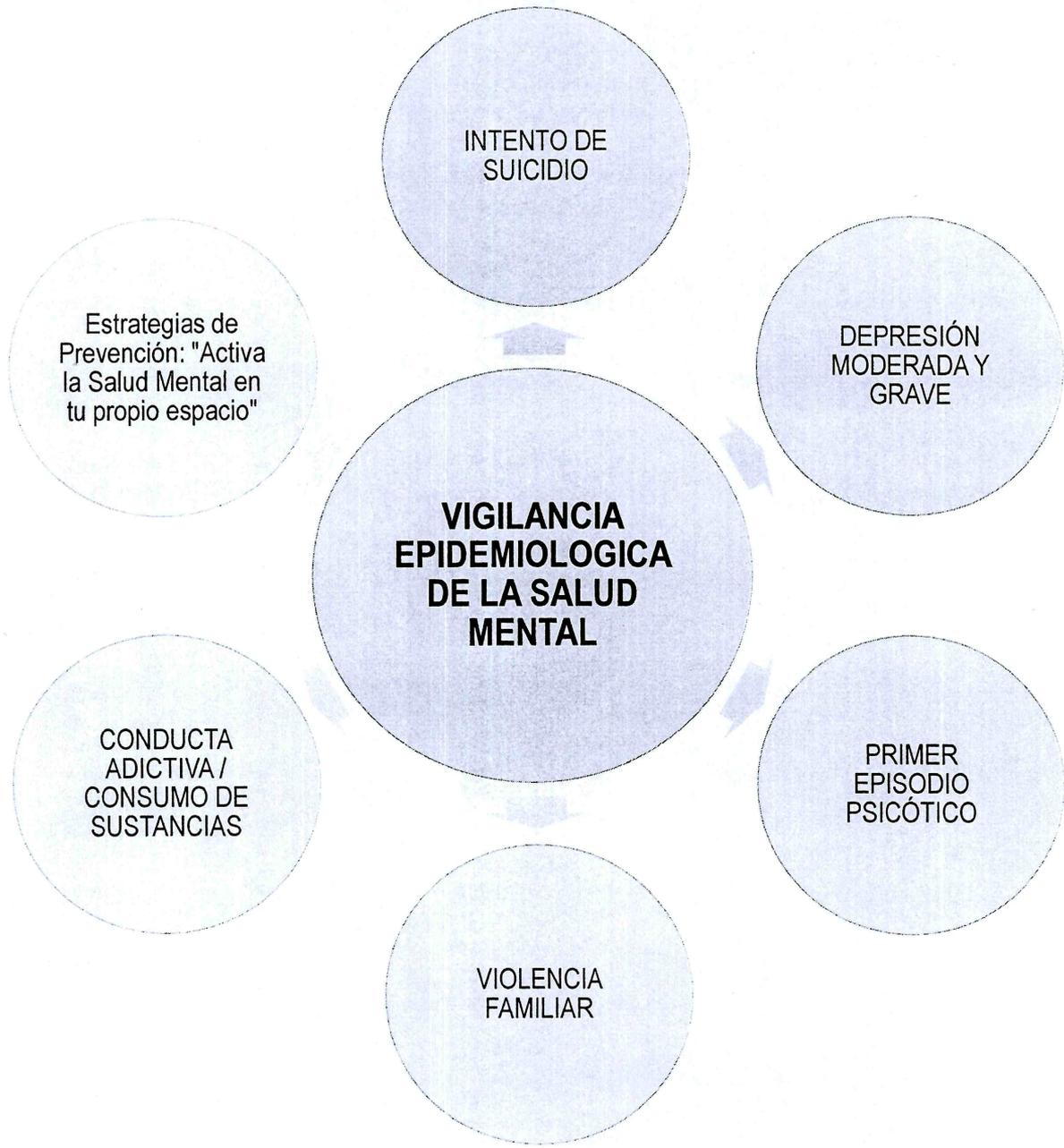


VIGILANCIA EN SALUD AMBIENTAL Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN QUE REALIZA LA OESA





VIGILANCIA DE PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN QUE REALIZA LA OESA, DSMAG, DSMNA, DPSM, DSMF, CRÑ DEL HHV





## Base Legal

- Directiva Sanitaria N° 071 – MINSA/CDC – V. 01: Directiva Sanitaria para la Vigilancia de Problemas de la Salud Metal Priorizados en Establecimientos de Salud Centinela y Mediante Encuesta Poblacional.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud
- Ley N° 27857, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales
- Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales
- Ley N° 29889, Ley que Modificó el artículo 11 de la Ley 26842, Ley general de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de Salud mental
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud
- Decreto Supremo N° 007 – 2016 – SA, que aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

## Objetivo general

Establecer un Sistema de Vigilancia sobre los problemas de la Salud Mental como problema prioritario de la Salud Pública, e involucrar a los diferentes niveles del gobierno para definir políticas, planificar y tomar decisiones, en el Hospital Hermilio Valdizán-Centro de Rehabilitación de Ñaña.



## Objetivos específicos

1. Fortalecer los procesos en una gestión para tomar decisiones del Sistema de Vigilancia sobre los problemas de la Salud Mental como un problema prioritario de la Salud Pública.
2. Orientar el diseño y evaluación de programas e intervenciones en función a los resultados de equidad, efectividad y eficiencia del Sistema de Vigilancia sobre los problemas de la salud mental como un problema prioritario de la Salud Pública.
3. Garantizar el acceso oportuno a información confiable y pertinente, a los diferentes actores institucionales del sistema de vigilancia sobre los problemas de la Salud mental como un problema prioritario de la Salud Pública.

## Componentes de Vigilancia epidemiológica sobre los problemas de la salud mental como un problema prioritario de la Salud Pública.

- Vigilancia sobre los problemas de la Salud mental como un problema prioritario de la Salud Pública.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital  
Hermilio  
Valdizán

Oficina de  
Epidemiología  
y Salud  
Ambiental

## VIGILANCIA DE PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL PRIORIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CENTINELA Y MEDIANTE ENCUESTA POBLACIONAL

- Vigilancia de riesgos y daños e incorporar la vigilancia de factores y resultados de la Salud Mental en función a las necesidades de los usuarios externos, internos y a la población.
- Vigilancia demográfica, epidemiológica y sistemas sobre los problemas de la Salud Mental como problema prioritario de la Salud Pública.
- Diversificación de los métodos relacionados a vigilancia epidemiológica sobre los problemas de la Salud mental como problema prioritario de la Salud Pública.

### **Funciones de Monitoreo, Evaluación y Análisis de Situación sobre los problemas de la Salud Mental como un problema prioritario de la Salud Pública.**

- Evaluación de la situación y tendencias de salud (riesgos, daños, demandas, acceso) y sus factores determinantes
- Identificación de las necesidades y desigualdades de salud de la población.
- Generación de información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud
- Desarrollo de metodologías, técnicas y estrategias para el manejo, interpretación y comunicación de la información a los responsables sobre los problemas de la Salud Mental como un problema prioritario de la Salud Pública.

### **Funciones de Vigilancia e intervenciones sobre los problemas de la Salud Mental como un problema prioritario de la Salud Pública.**

- Vigilancia de riesgos y daños a nivel local, para generar respuestas rápidas, dirigidas a la prevención o control.
- Diseño de intervenciones sobre los problemas de la Salud Mental como un problema prioritario de la Salud Pública, basadas en resultados de investigaciones.



### **Problemas de la Salud Mental Priorizados para la Vigilancia Epidemiológica como un problema prioritario de la Salud Pública.**

- Intento de suicidio
- Episodio depresivo moderado y grave
- Primer episodio psicótico
- Violencia Familiar multisectorial
- Conducta Adictiva / Consumo de Sustancias.



## Seguimiento

Actividad que tiene como objetivo establecer el cumplimiento del paquete mínimo indicado, así como, la evolución y la respuesta al tratamiento, debiendo registrarse estos datos en la ficha de vigilancia y actualizar los datos en el aplicativo informático on-line.

1. Primer episodio de Intento suicida: Se realizará a los tres meses posteriores a la identificación de caso llevada a cabo en el servicio de emergencia.
2. Primer Episodio depresivo: Se realizará a los seis meses y a los dos años posteriores de la identificación del caso en consulta externa y centros comunitarios.
3. Primer episodio psicótico: Se realizará a los seis meses posteriores a la identificación de caso llevada a cabo en consulta externa u hospitalización y centros comunitarios.
4. Primera intervención del episodio sobre Violencia Familiar: Se realizará a los tres meses posteriores de la identificación del caso en consulta externa y centros comunitarios.
5. Primera atención sobre Conducta Adictiva / Consumo de sustancias: Se realizará a los seis meses posteriores de la identificación del caso en consulta externa y centros comunitario
6. **Intervenciones en Salud mental:** Las intervenciones de Salud Mental como el Programa de mejora: Se desarrollará por un periodo de 6 meses para realizar la primera evaluación sobre efectividad de los programas.
  - 6.1. "Sistema de Vigilancia epidemiológica sobre los problemas de la Salud Mental como un problema prioritario de la Salud Pública", (Dirigido al usuario externo).
  - 6.2. Vigilancia epidemiológica sobre los problemas de la Salud Mental como un problema prioritario de la Salud Pública: "Activa la salud mental en tu propio espacio", (Dirigido al usuario interno).





### Referencias Bibliográficas

1. Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2014.
2. J.M. Haro, C. Palacín, G. Vilagut, M. Martínez, M. Bernal, I. Luque, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España, Med Clin (Barc), 126 (2006), pp. 445-451.
3. M.A. Tola-Arribas, M.I. Yugueros, M.J. Garea, F. Ortega-Valín, A. Cerón-Fernández, B. Fernández-Malvido, et al. Prevalence of dementia and subtypes in Valladolid, northwestern Spain: The DEMINVALL Study PLoS One, 8 (2013), p. e77688.
4. Mental Health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization [consultado 21 Feb 2016]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf).
5. N. Mehta, T. Croudace, S.C. Davies. Public mental Health: Evidenced-based priorities Lancet., 385 (2015), pp. 1472-1475





ANEXO

i. DESCRIPCION (Operacionalización de las actividades Estratégicas)

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD OPERATIVA	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	RESPONSABLE
1. Establecer las pautas para la implementación y desarrollo de la vigilancia de la Salud Mental en el establecimiento "Hospital Hermilio Valdizán" - "Centro de Rehabilitación de Ñaña" Centinela	1. Aplicar la Directiva sanitaria N° 071-MINSA/CDC-V.01.			
	2. Elaborar, Aprobar y Aplicar la Directiva Sanitaria N° 002 – OESA/HHV. V.01.	1. RM N° 496 -2016 / MINSA	01	DG, OESA, OGC,
	3. Gerenciar y Unificar Programas de Mejora sujetos a Vigilancia epidemiológica de problemas de la Salud Mental, en coordinación con la Oficina de Epidemiología del INHI-DN y HVLH.	2. RD N° .../ DG - HHV 3. RD N° ... / DG - HHV	01 05	DSMAG, DSMNA, DSMF. DPS CRÑ
2. Establecer las pautas para la implementación y desarrollo de la vigilancia de la Salud Mental en base a una encuesta poblacional para conocer la prevalencia y Determinantes de los principales problemas de salud mental en la población peruana con atención inicial en Lima Este, sin dejar de atender a la población en general.	2.1. Gestionar la vigilancia de problemas de la salud mental en base a encuesta poblacional en centros comunitarios, consultorios externos y emergencia.	2.1. N° de usuarios identificados con el programa de mejora de salud mental.	60% Usuarios en el programa.	
	2.2. Generar capacidades para el desarrollo e implementación de tecnología, investigación en salud.	2.2. N° de profesionales de la salud involucrados en realizar investigación.	60% Base de datos elaborado	DG, OESA, OGC, DSMAG, DSMNA, DSMF. DPS CRÑ
	2.3. Conocer la prevalencia y determinantes de problemas de	2.3. Prevalencia y determinantes de problemas de salud mental prioritarios.	1 informe sobre la prevalencia y determinantes.	





	salud mental prioritarios con un sistema de seguimiento y evaluación de políticas en Salud Pública			
3. Establecer las responsabilidades en los diferentes niveles de gestión sanitaria para la implementación y desarrollo de la vigilancia de problemas de la salud mental prioritizados en el Hospital Hermilio Valdizán - centro de Rehabilitación de Ñaña centinela y mediante encuesta poblacional.	3.1. Gestionar flujo de información y responsabilidades en los diferentes departamentos, servicios y oficinas en la entidad. 3.2. Priorizar los casos según diagnósticos contemplados en la directiva sanitaria. 3.3. Desarrollar programas de mejora sobre los problemas de la salud mental en el primer nivel de atención.	3.1. N° de flujo de información según los casos. 3.2. N° de Casos captados por diagnósticos. 3.3. N° de programas implementados.	02 flujos de información. % casos atendidos 01 programa implementado.	DG, OESA, OGC, DSMAG, DSMNA, DSMF. DPS CRÑ





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

VIGILANCIA DE PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL PRIORIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CENTINELA Y MEDIANTE ENCUESTA POBLACIONAL

COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN SALUD MENTAL Y COLABORADOR

N°	OFICINA, DEPARTAMENTO Y SERVICIO	CARGO
1	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	Jefe
2	Oficina de Gestión de la Calidad	Jefe
3	Departamento de Salud Mental Adulto y Geronte	Jefe
4	Departamento de Enfermería	Jefe
5	Consulta Externa (Medico)	Jefe
6	Consulta Externa (Enfermera(o))	Jefe
7	Emergencia (Medico)	Jefe
8	Emergencia (Enfermera(o))	Jefe
9	Departamento de Salud Mental Niño y Adolescente (Medico)	Jefe
10	Departamento de Salud Mental Niño y Adolescente (Enfermera (o))	Jefe
11	Departamento de Adicciones (Medico)	Jefe
12	Departamento de Adicciones (Enfermera(o))	Jefe
13	Centro de Rehabilitación de Ñaña (Medico)	Jefe
14	Centro de Rehabilitación de Ñaña (Enfermera(o))	Jefe
15	Departamento de Promoción de Salud Mental	Jefe
16	Departamento de Familia	Jefe

COLABORADORES

N°	OFICINA, DEPARTAMENTO Y SERVICIO	CARGO
1	Oficina de Relaciones Publicas	Jefe
2	Informática	Jefe
3	Asesoría legal	Jefe
4	Servicio de trabajo Social	Jefe
5	Servicio de Psicología y Diagnóstico	Jefe
6	Servicio Técnico del Programa Presupuestal 0131 Control y prevención en Salud Mental (PpR)	Jefe
7	Estadística	Jefe
8	Unidad Funcional de Gestión de Riesgos y Desastres	Jefe





PERÚ

Ministerio  
de SaludHospital  
Hermilio  
ValdizánOficina de  
Epidemiología  
y Salud  
AmbientalVIGILANCIA DE PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL  
PRIORIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD  
CENTINELA Y MEDIANTE ENCUESTA POBLACIONALVIGILANCIA CENTINELA DEL INTENTO SUICIDA  
FICHA DE REGISTRO

Codigo único de ficha		Fecha de notificación	
I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO		Establecimiento de Salud: <input type="text"/>	
RED/DIRIS/DIRESA/GERESA: <input type="text"/>		Fecha de atención: <input type="text"/>	
Nivel de atención: <input type="text"/>			
II. DATOS DEL PACIENTE			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1. APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
2. N° H. Clínica		3. Fecha de Nacimiento	
4. Teléfono: <input type="text"/>		5. Celular (apoderado): <input type="text"/>	
6. N° DNI: <input type="text"/>			
7. Dirección actual: <input type="text"/>		8. Departamento: <input type="text"/>	
9. Provincia: <input type="text"/>		10. Distrito: <input type="text"/>	
11. Edad: <input type="text"/>		12. Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
13. Seguro de Salud: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		14. Tipo de Seguro: <input type="text"/>	
15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas?			
Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Abandono Social <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>			
16. Grado de Instrucción			
Sin instrucción <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>			
17. Ocupación: <input type="text"/>			
18. Gestante: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Edad gestacional: <input type="text"/>			
19. Puerpera: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Semanas posparto: <input type="text"/>			
III. ANTECEDENTES			
1. Antecedente de intento suicida			
Nunca <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos veces <input type="checkbox"/> Más de dos veces <input type="checkbox"/>			
2. Edad del paciente en su primer intento suicida: <input type="text"/>		3. Número de intentos en el presente año: <input type="text"/>	
4. Tratamiento psicológico/psiquiátrico previo al/los intentos (s) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO ACTUAL			
1. Motivo(s) del intento		f. Problemas económicos <input type="checkbox"/>	
a. Problemas con su pareja o conyuge <input type="checkbox"/>		g. Por problemas con su salud física <input type="checkbox"/>	
b. Problemas con sus padres <input type="checkbox"/>		h. Por problemas en su salud mental <input type="checkbox"/>	
c. Problemas con sus hijos <input type="checkbox"/>		i. Experiencia violenta, inesperada o traumática <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
d. Problemas con sus pares <input type="checkbox"/>		j. Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
e. Problemas con otros parientes <input type="checkbox"/>		k. Sin motivo aparente <input type="checkbox"/>	
2. Planificación del intento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
3. Uso de sustancias psicoactivas:			
No <input type="checkbox"/> alcohol <input type="checkbox"/> marihuana <input type="checkbox"/> PBC <input type="checkbox"/> clorhidrato de cocaína <input type="checkbox"/>			
Tabaco <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>			
4. Medio utilizado			
Ingesta de plaguicidas y órganos fosforados (raticidas, carbamatos, etc.) <input type="checkbox"/>		Suspensión (ahorcamiento) <input type="checkbox"/>	
Intoxicación medicamentosa <input type="checkbox"/>		Arma blanca (hoja de afeitar, vidrio, tijera, cuchillo) <input type="checkbox"/>	
Arma de fuego (pistola, revolver) <input type="checkbox"/>		Corrosivos (Ácido muriático, desinfectante, lejía) <input type="checkbox"/>	
Lanzamiento al vacío <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
5. Caso precedente de comunidad Indígena Amazónica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
6. Etnia Amazónica			
Ashaninka <input type="checkbox"/> Awajun <input type="checkbox"/> Shipibo-Konibo <input type="checkbox"/> Yanesha <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>			
DIAGNÓSTICO ACTUAL			





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

VIGILANCIA DE PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL PRIORIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CENTINELA Y MEDIANTE ENCUESTA POBLACIONAL

1. Diagnóstico psiquiátrico			
Ninguno <input type="checkbox"/>	Episodio depresivo <input type="checkbox"/>	Esquizofrenia <input type="checkbox"/>	Alcoholismo <input type="checkbox"/>
Trastorno depresivo recurrente <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>	Trastorno de la personalidad <input type="checkbox"/>
			Especificar: <input type="text"/>
2. Diagnóstico de otra enfermedad médica			
Ninguno <input type="checkbox"/>	TBC <input type="checkbox"/>	VIH/SIDA <input type="checkbox"/>	Cáncer <input type="checkbox"/>
		Otro <input type="checkbox"/>	Especificar: <input type="text"/>
3. Tipo de violencia			
Ninguna <input type="checkbox"/>	Físico <input type="checkbox"/>	Sexual <input type="checkbox"/>	Psicológico <input type="checkbox"/>
			Negligencia <input type="checkbox"/>
4. Condición final de la atención actual			
Alta <input type="checkbox"/>	Alta voluntaria o fuga <input type="checkbox"/>	Referido <input type="checkbox"/>	Especificar nombre del EESS: <input type="text"/>
Hospitalizado <input type="checkbox"/>		Fallecido <input type="checkbox"/>	
SEGUIMIENTO (3 meses)			
DISPOSICION TERAPEUTICA: Número de sesiones por tipo de intervención recibida			
Consulta médica <input type="checkbox"/>	Intervención individual <input type="checkbox"/>	intervención familiar <input type="checkbox"/>	
Consulta psicológica <input type="checkbox"/>	Psicoterapia individual <input type="checkbox"/>	Visita familiar integral <input type="checkbox"/>	
Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
CAPACIDAD DE SUS FUNCIONES DIARIAS			
Realiza actividades Personal/familiares:	Totalmente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	
Realiza actividades laboral y/o estudiantiles:	Totalmente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	
Realiza actividades sociales:	Totalmente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	Mínima o ninguna <input type="checkbox"/>
EVOLUCIÓN			
Favorable <input type="checkbox"/>	Desfavorable sin repetición de intento suicida <input type="checkbox"/>	Alta <input type="checkbox"/>	
Desfavorable con repetición de intento suicida <input type="checkbox"/>	Abandono de tratamiento <input type="checkbox"/>	Pérdida de seguimiento <input type="checkbox"/>	



FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO

VIGILANCIA CENTINELA DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE  
FICHA DE REGISTRO

Codigo único de ficha		Fecha de notificación	
I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO		Establecimiento de Salud: <input type="text"/>	
RED/DIRIS/DIRESA/GERESA: <input type="text"/>		Fecha de atención: <input type="text"/>	
Nivel de atención: <input type="text"/>			
II. DATOS DEL PACIENTE			
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
1. APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES		2. N° H. Clínica 3. Fecha de Nacimiento	
4. Teléfono: <input type="text"/>		5. Celular (apoderado): <input type="text"/>	
		6. N° DNI: <input type="text"/>	
7. Dirección actual: <input type="text"/>		8. Departamento: <input type="text"/>	
9. Provincia: <input type="text"/>		10. Distrito: <input type="text"/>	
		11. Edad: <input type="text"/>	
		12. Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
13. Seguro de Salud: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		14. Tipo de Seguro: <input type="text"/>	
15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas?			
Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Abandono Social <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>			
16. Grado de Instrucción			
Sin instrucción <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>			
17. Ocupación: <input type="text"/>			
18. Gestante: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Edad gestacional: <input type="text"/>			
19. Puerpera: No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Semanas posparto: <input type="text"/>			
III. DATOS DEL EVENTO:			
1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS			
Ánimo deprimido la mayor parte del día y casi todos los días <input type="checkbox"/>		Pérdida de energía <input type="checkbox"/>	
Pérdida de interés en las cosas que antes le gustaban <input type="checkbox"/>		Ideación suicida <input type="checkbox"/>	
Menoscabo del funcionamiento personal, social y laboral <input type="checkbox"/>		Intento suicida <input type="checkbox"/>	
2. DIAGNÓSTICO			
ED moderado sin síntoma somático F32.1 <input type="checkbox"/>		ED moderado con síntoma somático F32.1 <input type="checkbox"/>	
ED grave sin síntomas psicóticos F32.2 <input type="checkbox"/>		ED grave con síntomas psicóticos F32.3 <input type="checkbox"/>	
IV. CONDICIONES DE RIESGO			
1. Comorbilidad			
Cáncer <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> Artritis/Artrosis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/>			
Trastorno Neurológico <input type="checkbox"/> Trastorno Endocrínológico <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>			
Trastorno Mental <input type="checkbox"/> Especifique: <input type="text"/>			
2. Antecedentes familiares:			
Con trastornos depresivos <input type="checkbox"/> Con trastornos mentales <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>			
3. Estresores sociales: Periodo de duelo <input type="checkbox"/> Violencia: Escuela <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>			
Tipo de violencia: Física Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Negligencia <input type="checkbox"/>			
V. SEGUIMIENTO			
SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 6 MESES			
1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA			
1.1. Cumplió con el tratamiento indicado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
1.2. Cumplió con el tratamiento farmacológico: Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/>			





1.3. Número de sesiones por tipo de intervención:			
Consulta médica	<input type="checkbox"/>	Intervención Individual	<input type="checkbox"/>
Intervención Familiar	<input type="checkbox"/>	Psicoterapia individual	<input type="checkbox"/>
Consulta Psicológica	<input type="checkbox"/>	Visita Familiar Integral	<input type="checkbox"/>
1.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
2. CAPACIDADES DE SUS FUNCIONES DIARIAS			
2.1. Realiza actividades Personal/familiares:	Totalmente <input type="checkbox"/>	Parcialmente	<input type="checkbox"/>
2.2. Realiza actividades laborales	Totalmente <input type="checkbox"/>	Parcialmente	<input type="checkbox"/>
2.3. Realiza actividades sociales	Totalmente <input type="checkbox"/>	Parcialmente	<input type="checkbox"/>
3. EVOLUCIÓN			
Favorable	<input type="checkbox"/>	Desfavorable	<input type="checkbox"/>
Alta	<input type="checkbox"/>	Abandono	<input type="checkbox"/>
Pérdida de seguimiento	<input type="checkbox"/>		
4. CONDUCTA SUICIDA			
4.1. Ideación suicida	No <input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
4.2. Intento suicida	No <input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
N° de veces	<input type="checkbox"/>	Fecha de último intento	<input type="text"/>
SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 2 AÑOS			
1. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA			
1.1. Cumplió con el tratamiento indicado	Sí <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
1.2. Cumplió con el tratamiento farmacológico:	Regular <input type="checkbox"/>	Irregular	<input type="checkbox"/>
Abandono	<input type="checkbox"/>		
1.3. Número de sesiones por tipo de intervención:			
Consulta médica	<input type="checkbox"/>	Intervención Individual	<input type="checkbox"/>
Intervención Familiar	<input type="checkbox"/>	Psicoterapia individual	<input type="checkbox"/>
Consulta Psicológica	<input type="checkbox"/>	Visita Familiar Integral	<input type="checkbox"/>
1.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
2. CAPACIDADES DE SUS FUNCIONES DIARIAS			
2.1. Realiza actividades Personal/familiares:	Totalmente <input type="checkbox"/>	Parcialmente	<input type="checkbox"/>
2.2. Realiza actividades laborales	Totalmente <input type="checkbox"/>	Parcialmente	<input type="checkbox"/>
2.3. Realiza actividades sociales	Totalmente <input type="checkbox"/>	Parcialmente	<input type="checkbox"/>
3. EVOLUCIÓN			
Favorable	<input type="checkbox"/>	Desfavorable	<input type="checkbox"/>
Alta	<input type="checkbox"/>	Abandono	<input type="checkbox"/>
Pérdida de seguimiento	<input type="checkbox"/>		
4. CONDUCTA SUICIDA			
4.1. Ideación suicida	No <input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
4.2. Intento suicida	No <input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>
N° de veces	<input type="checkbox"/>	Fecha de último intento	<input type="text"/>



FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO



VIGILANCIA CENTINELA DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO FICHA DE REGISTRO

Código único de ficha	Fecha de notificación
<b>I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
RED/DIRIS/DIRESA/GERESA:	Establecimiento de Salud:
Nivel de atención:	Fecha de atención:
<b>II. DATOS DEL USUARIO (Paciente).</b>	
1. APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES 2. N° H. Clínica 3. Fecha de Nacimiento	
4. Teléfono:	5. Telefono (apoderado): 6. N° DNI:
7. Dirección actual:	8. Departamento:
9. Provincia:	10. Distrito:
11. Edad:	12. Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
13. Seguro de Salud: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	14. Tipo de Seguro:
15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Abandono Social <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar:	
16. Gr <sup>o</sup> de Instrucción Sin instrucción <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/>	
17. Ocupación:	
<b>III. ANTECEDENTES</b>	
1. Problemas perinatales Asfixia severa <input type="checkbox"/> Prematuridad <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Caída brusca <input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer <input type="checkbox"/>	
2. Antecedente familiar con trastornos psiquiátricos o problemas psicosociales No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Especificar:	
3. Tipo de violencia Ninguna <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Psicológico <input type="checkbox"/> Negligencia <input type="checkbox"/>	
4. Consumo de sustancias psicoactivas: Alcohol <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> marihuana <input type="checkbox"/> PBC <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar:	
<b>IV. CARACTERÍSTICAS DEL PRIMER EPISODIO PSICÓTICO</b>	
1. Signos y síntomas presentes: Síntomas negativos <input type="checkbox"/> Síntomas positivos <input type="checkbox"/> Conducta suicida (ideación/intento) <input type="checkbox"/> Conducta heteroagresiva (ideación / intento) <input type="checkbox"/>	
2. Factores psicosociales Problemas con los padres <input type="checkbox"/> Problemas por bajo rendimiento en los estudios <input type="checkbox"/> Problemas en el trabajo <input type="checkbox"/> Problemas económicos <input type="checkbox"/> Problemas por separación de padres <input type="checkbox"/> Problemas con su salud física <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar:	
<b>V. SEGUIMIENTO ( a los 6 meses)</b>	
1. Diagnóstico de Salud Mental – Comorbilidad Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Episodio Depresivo <input type="checkbox"/> Trastorno de la personalidad <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar:	
2. DISPOSICIÓN TERAPÉUTICA	
2.1. Cumplió con el tratamiento indicado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2.2. Tratamiento farmacológico: Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/>	
2.3. Número de sesiones por tipo de intervención:	
Consulta médica <input type="checkbox"/>	Intervención Individual <input type="checkbox"/> Intervención Familiar <input type="checkbox"/>
Psicoterapia individual <input type="checkbox"/>	Consulta Psicológica <input type="checkbox"/> Visita Familiar Integral <input type="checkbox"/>





2.4. ¿Completó número mínimo de sesiones indicadas por personal de salud?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. CAPACIDADES DE SUS FUNCIONES DIARIAS			
3.1. Realiza actividades Personal/familiares:	Totalmente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	
3.2. Realiza actividades laborales	Totalmente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	
3.3. Realiza actividades sociales	Totalmente <input type="checkbox"/>	Parcialmente <input type="checkbox"/>	
4. EVOLUCIÓN			
Favorable <input type="checkbox"/>	Estacionaria <input type="checkbox"/>	Desfavorable <input type="checkbox"/>	Abandono de Tratamiento <input type="checkbox"/>
Alta <input type="checkbox"/>	Pérdida de seguimiento <input type="checkbox"/>		



FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO



Departamento de Salud mental del Niño y Adolescente  
 VIGILANCIA CENTINELA DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE  
 FICHA DE REGISTRO  
 (Test De Depresión De Zung)

Código único de ficha	Fecha de notificación
<b>I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
RED/DIRIS/DIRESA/GERESA: <input type="text"/>	Establecimiento de Salud: <input type="text"/>
Nivel de atención: <input type="text"/>	Fecha de atención: <input type="text"/>
<b>II. DATOS DEL PACIENTE</b>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1. APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES	2. N° H. Clínica 3. Fecha de Nacimiento
4. Teléfono: <input type="text"/>	5. Celular (apoderado): <input type="text"/> 6. N° DNI: <input type="text"/>
7. Dirección actual: <input type="text"/>	8. Departamento: <input type="text"/>
9. Provincia: <input type="text"/> 10. Distrito: <input type="text"/>	11. Edad: <input type="text"/> 12. Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
13. Seguro de Salud: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	14. Tipo de Seguro: <input type="text"/>
15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas?	
Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abandono Social <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
16. Grado de Instrucción	
Inicial <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Grado/año concluido <input type="checkbox"/> Grado/año que cursa <input type="checkbox"/> No estudia <input type="checkbox"/>	
17. Ocupación: <input type="text"/>	
❖ Leyenda: Nunca o muy pocas veces = 1, Algunas veces = 2, Muchas veces = 3, Casi siempre = 4.	
<b>Instrucciones:</b> A continuación, hallarás oraciones acerca de algunos sentimientos e ideas que presentan la mayoría de los niños. En cada oración deberás escoger la que mejor describa lo que hayas sentido o pensado en estas dos últimas semanas. Una vez que elijas una oración, deberás pasar a la siguiente oración. <b>No hay respuesta buena o mala.</b> Marque con una X en el lugar que corresponda.	





ITEMS		1	2	3	4
1	Me siento triste y decaído				
2	Por las mañanas me siento mejor				
3	Tengo ganas de llorar y a veces lloro				
4	Me cuesta mucho dormir por las noches				
5	Tengo tanto apetito como antes				
6	Aún tengo deseos sexuales				
7	Noto que estoy adelgazando				
8	Estoy estreñado				
9	El corazón me late más rápido que antes				
10	Me canso sin motivo				
11	Mi mente está tan despejada como siempre				
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14	Tengo confianza en el futuro				
15	Estoy más irritable que antes				
16	Encuentro fácil tomar decisiones				
17	Siento que soy útil y necesario				
18	Encuentro agradable vivir				
19	Creo que sería mejor para los demás que estaría muerto				
20	Me gustan las mismas cosas que antes				
PUNTOS DE CORTE TOTAL					



FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO



Departamento de Salud mental del Niño y Adolescente  
 VIGILANCIA CENTINELA DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y GRAVE  
 FICHA DE REGISTRO  
 (Test De Depresión CDI)

Código único de ficha	Fecha de notificación
<b>I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
RED/DIRIS/DIRESA/GERESA: <input type="text"/>	Establecimiento de Salud: <input type="text"/>
Nivel de atención: <input type="text"/>	Fecha de atención: <input type="text"/>
<b>II. DATOS DEL PACIENTE</b>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1. APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES                      2. N° H. Clínica    3. Fecha de Nacimiento	
4. Teléfono: <input type="text"/> 5. Celular (apoderado): <input type="text"/> 6. N° DNI: <input type="text"/>	
7. Dirección actual: <input type="text"/>	8. Departamento: <input type="text"/>
9. Provincia: <input type="text"/> 10. Distrito: <input type="text"/>	11. Edad: <input type="text"/> 12. Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
13. Seguro de Salud: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	14. Tipo de Seguro: <input type="text"/>
15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas?	
Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abandono Social <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
16. Grado de Instrucción	
Inicial <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Grado/año concluido <input type="checkbox"/> Grado/año que cursa <input type="checkbox"/> No estudia <input type="checkbox"/>	
17. Ocupación: <input type="text"/>	
<p><b>Instrucciones:</b> A continuación, hallarás grupos de oraciones acerca de algunos sentimientos e ideas que presentan la mayoría de los niños. En cada grupo de oraciones deberás escoger la que mejor describa lo que hayas sentido o pensado en estas dos últimas semanas. Una vez que elijas una oración, deberás pasar al siguiente grupo. <b>No hay respuestas buenas o malas.</b> Sólo escoge la oración que mejor describa el modo en el que te hayas estado comportando recientemente. Marca tu respuesta con un aspa (X) en el recuadro que encontrarás en blanco al lado derecho de cada oración.</p>	





N°	ITEMS	Respuesta
1	Estoy triste de vez en cuando.	
	Estoy triste muchas veces.	
	Estoy triste siempre.	
2	Nunca me saldrá nada saldrá bien	
	No estoy seguro si las cosas saldrán bien.	
	Las cosas me saldrán bien.	
3	Hago bien la mayoría de las cosas.	
	Hago mal muchas cosas.	
	Todo lo hago mal.	
4	Me divierten muchas cosas.	
	Me divierten algunas cosas.	
	Nada me divierte.	
5	Soy malo siempre.	
	Soy malo muchas veces.	
	Soy malo algunas veces.	
6	A veces pienso que me puede ocurrir cosas malas.	
	Me preocupa que me ocurra cosas malas.	
	Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles.	
7	Me odio.	
	No me gusta como soy.	
	Me gusta como soy.	
8	Todas las cosas malas son culpa mía.	
	Muchas cosas malas son culpa mía.	
	Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.	
9	No pienso en matarme	
	Pienso en matarme, pero no lo haría.	
	Quiero matarme.	
10	Tengo ganas de llorar todos los días.	
	Tengo ganas de llorar muchos días.	
	Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.	
11	Las cosas me preocupan siempre.	
	Las cosas me preocupan muchas veces.	
	Las cosas me preocupan de cuando en cuando.	
12	Me gusta estar con la gente.	
	Muy a menudo no me gusta estar con la gente.	
	No quiero en absoluto estar con la gente.	
13	No puedo decidirme.	
	Me cuesta decidirme.	
	Me decido fácilmente.	
14	Tengo buen aspecto.	
	Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.	
	Soy feo/a.	
15	Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes.	
	Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes.	
	No me cuesta ponerme a hacer los deberes	
16	Todas las noches me cuesta dormirme.	
	Muchas noches me cuesta dormirme.	
	Duermo muy bien.	





17	Estoy cansando de cuando en cuando.	
	estoy cansando muchos días.	
	Estoy cansado siempre.	
18	La mayoría de los días no tengo ganas de comer.	
	Muchos días no tengo ganas de comer.	
	Como muy bien.	
19	No me preocupa el dolor ni la enfermedad.	
	Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad.	
	Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad.	
20	Nunca me siento solo.	
	Me siento solo muchas veces.	
	Me siento solo siempre.	
21	Nunca me divierto en el colegio.	
	Me divierto en el colegio solo de vez en cuando.	
	Me divierto en el colegio muchas veces.	
22	Tengo muchos amigos.	
	Tengo algunos amigos pero me gustaría tener más.	
	No tengo amigos.	
23	Mi trabajo en el colegio es bueno es bueno.	
	Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.	
	Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.	
24	Nunca podré ser tan bueno como otros niños.	
	Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.	
	Soy tan bueno como otros niños.	
25	Nadie me quiere.	
	No estoy seguro de que alguien me quiera.	
	Estoy seguro de que alguien me quiere.	
26	Generalmente hago lo que me dicen.	
	Muchas veces no hago lo que me dicen.	
	Nunca hago lo que me dicen.	
27	Me llevo bien con la gente.	
	Me peleo muchas veces.	
	Me peleo siempre.	
<b>PUNTAJE TOTAL: CDI</b>		

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO





Departamento de Adicciones Hospital Hermilio Valdizán – Centro de Rehabilitación de Ñaña  
VIGILANCIA CENTINELA DE CASOS NUEVOS DE CONDUCTA ADICTIVA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS  
FICHA DE REGISTRO

Código único de ficha	Fecha de notificación
<b>I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
RED/DIRIS/DIRESA/GERESA: <input type="text"/>	Establecimiento de Salud: <input type="text"/>
Nivel de atención: <input type="text"/>	Fecha de atención: <input type="text"/>
	Hora de atención: <input type="text"/>
<b>II. DATOS DEL PACIENTE</b>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1. APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES	2. N° H. Clínica 3. Fecha de Nacimiento
4. Teléfono Fijo: <input type="text"/> 5. N° Celular <input type="text"/> 6. N° DNI: <input type="text"/>	
7. Dirección actual: <input type="text"/>	8. Departamento: <input type="text"/>
9. Provincia: <input type="text"/> 10. Distrito: <input type="text"/>	11. Edad: <input type="text"/> 12. Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
13. Seguro de Salud: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	14. Tipo de Seguro: <input type="text"/>
15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas?	
Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abandono Social <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
16. Grado de Instrucción: Iltrado(a) <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior Tecnico <input type="checkbox"/> Superior Universitario <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
17. Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> Spdo. <input type="checkbox"/> Vdo. <input type="checkbox"/> Dvdo. <input type="checkbox"/>	18. Número de Hijos: <input type="text"/>
19. Ocupación: <input type="text"/>	
20. Religión: Adv. 7mo. Día <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
21. Antecedentes Legales: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Penales <input type="checkbox"/> Policiales <input type="checkbox"/> En Proceso <input type="checkbox"/> Caso Juzgado <input type="checkbox"/>	
<b>III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN FAMILIAR</b>	
22. Ap. y Nombre/s (Padre): <input type="text"/>	N° DNI: <input type="text"/>
23. Ap. y Nombre/s (Madre): <input type="text"/>	N° DNI: <input type="text"/>
24. Ap. y Nombre (Apoderado): <input type="text"/>	N° DNI: <input type="text"/>
25. Contacto con ellos: Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/>	
26. Dirección Actual del Responsable: <input type="text"/>	
27. Parentesco: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
<b>IV. MOTIVO DE CONSULTA</b>	
28. Conducta adictiva y consumo de sustancias:	
Consumo de SPA: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Conducta Adictiva: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Adicción Farmacológica: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
30. Edad de inicio de Consumo (años): <input type="text"/>	31. Fecha de Último Consumo <input type="text"/>
32. Droga/s de Inicio de consumo: Alcohol <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Inhaladores <input type="checkbox"/> Terocal <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> PBC <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/>	





Otros <input type="checkbox"/>	Especificar: <input type="text"/>
33. Droga/s de Consumo Actual: Alcohol <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Inhaladores <input type="checkbox"/> Terocal <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> PBC <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/>	
Otros <input type="checkbox"/>	Especificar: <input type="text"/>
34. Frecuencia de Consumo: Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/>	
35. Lugar de Consumo: Casa <input type="checkbox"/> calle <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
36. Estilo de Consumo: Solo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Grupo Familiar <input type="checkbox"/> Grupo de amigos <input type="checkbox"/> Grupo social <input type="checkbox"/>	
37. Tiempo de Consumo: < mes <input type="checkbox"/> < 6 meses <input type="checkbox"/> < 1 año <input type="checkbox"/> > 1 año <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
38. Tipo de Conducta Adictiva: Juegos de azar <input type="checkbox"/> Video juegos <input type="checkbox"/> Tragamonedas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/> Edad de inicio <input type="text"/> Tiempo de conducta adictiva:(años) <input type="text"/>	
39. Adicción Farmacológica: Anfetaminas <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Ansiolíticos <input type="checkbox"/> Analgésicos <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/> Edad de inicio <input type="text"/> Tiempo de conducta adictiva:(años) <input type="text"/>	
<b>40. Trastornos Psiquiátricos</b>	
<b>Trastornos del comportamiento:</b> Agresividad verbal <input type="checkbox"/> Agresividad Física <input type="checkbox"/> Mentira - Manipulación <input type="checkbox"/> Sustracción - Robo <input type="checkbox"/>	
<b>Patologías asociadas:</b> Conductas Alucinatoria <input type="checkbox"/> Soliloquios <input type="checkbox"/> Risas inmotivadas <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Ideas suicidas <input type="checkbox"/> Ideas homicidas <input type="checkbox"/>	
<b>Los trastornos psiquiátricos se presentaron:</b> Antes del consumo de SPA <input type="checkbox"/> Después del consumo de SPA <input type="checkbox"/> Antes de la conducta adictiva <input type="checkbox"/> Después de la conducta adictiva <input type="checkbox"/>	
41. Proyecto de vida: Conciencia de la enfermedad: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Acepta tratamiento Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
42. Estado y etapa de motivación: Precontemplativa <input type="checkbox"/> Contemplativa <input type="checkbox"/>	
43. Tratamientos previos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Toma Medicamento Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> : Especificar <input type="text"/>	
44. Antecedentes de familiares que consumen: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
45. Enfermedades de transmisión sexual: VIH <input type="checkbox"/> Sifilis <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especificar <input type="text"/> Ninguna <input type="checkbox"/>	



FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO



Departamento de Familia Hospital Hermilio Valdizán – Centro de Rehabilitación de Ñaña

VIGILANCIA CENTINELA DE CASOS NUEVOS DE VIOLENCIA FAMILIAR

## FICHA DE REGISTRO

Código único de ficha	Fecha de notificación
<b>I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
RED/DIRIS/DIRESA/GERESA: <input type="text"/>	Establecimiento de Salud: <input type="text"/>
Nivel de atención: <input type="text"/>	Fecha de atención: <input type="text"/>
	Hora de atención: <input type="text"/>
<b>II. DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA(O) (Victima).</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
1. APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES	2. N° H. Clínica 3. Fecha de Nacimiento
4. Teléfono Fijo: <input type="text"/>	5. N° Celular <input type="text"/>
	6. N° DNI: <input type="text"/>
7. Dirección actual: <input type="text"/>	8. Departamento: <input type="text"/>
9. Provincia: <input type="text"/>	10. Distrito: <input type="text"/>
	11. Edad: <input type="text"/>
	12. Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
13. Seguro de Salud: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	14. Tipo de Seguro: <input type="text"/>
15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas?	
Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abandono Social <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
16. Grado de Instrucción: Iltrado(a) <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Sup. Tecnico <input type="checkbox"/>	
Sup. Universitario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
17. Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/>	
18. Estado actual (mujer): Gestante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número de Hijos: <input type="text"/>	
19. Ocupación: <input type="text"/>	
20. Religión: Adv. 7 <sup>mo</sup> . Día <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
<b>III. DATOS DE LA PERSONA AGRESOR(A)</b>	
3.1. Apellidos y Nombre(s) <input type="text"/>	N° DNI: <input type="text"/>
3.2. Edad <input type="text"/>	3.3. Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
3.4. Vínculo con la víctima: Esposo (a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/>	
Exconyuge <input type="checkbox"/> Exconviviente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
3.5. Dirección Actual: <input type="text"/>	
3.6. Grado de instrucción: iletrada(o) <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> superior tecnico <input type="checkbox"/>	
Superior universitario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
3.7. Ocupación: <input type="text"/>	3.8. Empleo remunerado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3.9. Estado de la persona agresor(a):	
Ecuánime <input type="checkbox"/> Con efectos dedrogas <input type="checkbox"/> Con efectos de alcohol <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
<b>IV. DIAGNÓSTICO DE VIOLENCIA FAMILIAR, SEGÚN ESTABLECIDO EN EL CIE 10</b>	
4.1. Síndromes de maltrato:	
Negligencia o abandono (T 74.0) <input type="checkbox"/> Por esposo/pareja (Y 06.0) <input type="checkbox"/> Por padre/medre (Y 06.1) <input type="checkbox"/>	
Abuso Físico (T74.1) <input type="checkbox"/> Abuso sexual (T74.2) <input type="checkbox"/> Abuso psicológico (T74.3) <input type="checkbox"/>	





Otros síndromes de maltrato/formas mixtas (T74.8)  Por esposo/pareja (Y 07.0)  Por padre/medre (Y 07.1)

V. DATOS SOBRE LA VIOLENCIA:

5.1. Lugar de la agresión: Casa  Calle  Centro de trabajo  Otros  Especificar:

5.2. Hora de la agresión: mañana  Tarde  Noche  Otro  Especificar:

5.3. Consecuencias de la agresión:

Lesiones leves  Lesiones moderadas  Lesiones graves  Lesiones fatales (muerte)

5.4. Medidas Estratégicas:

Atención medica  Atención Psicológica  Asistencia social  Otro  Especificar

5.5. Medidas Legales:

Denuncia en la PNP  Denuncia en la Fiscalía  Denuncia en la DEMUNA  Denuncia en el MM

VI. PAQUETE DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 15 DÍAS, 1 MES, 2 MESES Y 3 MESES

6.1. DISPOSICION DEL PAQUETE DE ATENCIÓN

6.1.1. Cumplió con 04 consultas psiquiátricas indicadas Sí  No

6.1.2. Cumplió con 04 Evaluaciones de pensamiento y personalidad: Regular  Irregular  Abandono

6.1.3. Cumplió 04 sesiones de Terapia Unifamiliar: Sí  No

6.1.4. Cumplió 04 sesiones de Terapia Multifamiliar: Sí  No

6.1.5. Cumplió 04 sesiones de Consejería Familiar: Sí  No

6.1.6. Recibe 01 Visita Domiciliaria Sí  No

6.2. CAPACIDADES DE SUS FUNCIONES DIARIAS

6.2.1. Realiza actividades Personal/familiares: Totalmente  Parcialmente

6.2.2. Realiza actividades laborales Totalmente  Parcialmente

6.2.3. Realiza actividades sociales Totalmente  Parcialmente

VII. EVOLUCIÓN

Favorable  Desfavorable  Alta  Abandono  Pérdida de seguimiento

VIII. INSTITUCIONES QUE INTERVIENEN EN DETERMINADOS PROCESOS DE CADA CASO.

HHV  Policial  Fiscalía  DEMUNA  Ministerio de la Mujer  ONG

Otro  Especificar:



FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO



Departamento de Familia – Departamento de Salud Mental del Niño y Adolescente Hospital Hermilio Valdizán

## VIGILANCIA CENTINELA DE CASOS NUEVOS DE VIOLENCIA FAMILIAR

## FICHA DE REGISTRO

Código único de ficha	Fecha de notificación
<b>I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO</b>	
RED/DIRIS/DIRESA/GERESA: <input type="text"/>	Establecimiento de Salud: <input type="text"/>
Nivel de atención: <input type="text"/>	Fecha de atención: <input type="text"/>
	Hora de atención: <input type="text"/>
<b>II. DATOS DE LA PERSONA AGREDIDA(O) (Victima).</b>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1. APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES	2. N° H. Clínica 3. Fecha de Nacimiento
4. Teléfono Fijo: <input type="text"/> 5. N° Celular <input type="text"/> 6. N° DNI: <input type="text"/>	
7. Dirección actual: <input type="text"/>	8. Departamento: <input type="text"/>
9. Provincia: <input type="text"/> 10. Distrito: <input type="text"/>	11. Edad: <input type="text"/> 12. Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
13. Seguro de Salud: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	14. Tipo de Seguro: <input type="text"/>
15. ¿Recibe apoyo de alguna de las siguientes personas? Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abandono Social <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
16. Grado de Instrucción: Iltrado(a) <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Sup. Tecnico <input type="checkbox"/> Sup. Universitario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
17. Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a). <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/>	
18. Estado actual (mujer): Gestante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número de Hijos: <input type="text"/>	
19. Ocupación: <input type="text"/>	
20. Religión: Adv. 7mo. Día <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
<b>III. DATOS DE LA PERSONA AGRESOR(A)</b>	
3.1. Apellidos y Nombre(s) <input type="text"/>	N° DNI: <input type="text"/>
3.2. Edad <input type="text"/>	3.3. Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
3.4. Vínculo con la víctima: Esposo (a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Exconyuge <input type="checkbox"/> Exconviviente <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
3.5. Dirección Actual: <input type="text"/>	
3.6. Grado de instrucción: iletrada(o) <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> superior tecnico <input type="checkbox"/> Superior universitario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
3.7. Ocupación: <input type="text"/>	3.8. Empleo remunerado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3.9. Estado de la persona agresor(a): Ecuánime <input type="checkbox"/> Con efectos dedrogas <input type="checkbox"/> Con efectos de alcohol <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: <input type="text"/>	
<b>IV. DIAGNÓSTICO DE VIOLENCIA FAMILIAR, SEGÚN ESTABLECIDO EN EL CIE 10</b>	
Síndromes de maltrato:	
Negligencia o abandono (T 74.0) <input type="checkbox"/> Por esposo/pareja (Y 06.0) <input type="checkbox"/> Por padre/medre (Y 06.1) <input type="checkbox"/>	
Abuso Físico (T74.1) <input type="checkbox"/> Abuso sexual (T74.2) <input type="checkbox"/> Abuso psicológico (T74.3) <input type="checkbox"/>	





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Hermilio Valdizán

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

VIGILANCIA DE PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL PRIORIZADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CENTINELA Y MEDIANTE ENCUESTA POBLACIONAL

Otros síndromes de maltrato/formas mixtas (T74.8)  Por esposo/pareja (Y 07.0)  Por padre/medre (Y 07.1)

V. DATOS SOBRE LA VIOLENCIA:

5.1. Lugar de la agresión: Casa  Calle  Centro de trabajo  Otros  Especificar:

5.2. Hora de la agresión: mañana  Tarde  Noche  Otro  Especificar:

5.3. Consecuencias de la agresión:

Lesiones leves  Lesiones moderadas  Lesiones graves  Lesiones fatales (muerte)

5.4. Medidas Estratégicas:

Atención medica  Atención Psicológica  Asistencia social  Otro  Especificar

5.5. Medidas Legales:

Denuncia en la PNP  Denuncia en la Fiscalía  Denuncia en la DEMUNA  Denuncia en el MM

VI. PAQUETE DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO DE CASO A LOS 15 DÍAS, 1 MES, 2 MESES Y 3 MESES

6.1. DISPOSICION DEL PAQUETE DE ATENCIÓN

6.1.1. Cumplió con 04 consultas psiquiátricas indicadas Sí  No

6.1.2. Cumplió con 05 Psicoterapias Individuales: Regular  Irregular  Abandono

6.1.3. Cumplió 04 sesiones de Terapia Unifamiliar: Sí  No

6.1.4. Cumplió 04 sesiones de Terapia Multifamiliar: Sí  No

6.1.5. Cumplió 04 sesiones de Consejería Familiar: Sí  No

6.1.6. Recibe 01 Visita Domiciliaria Sí  No

6.2. CAPACIDADES DE SUS FUNCIONES DIARIAS

6.2.1. Realiza actividades Personal/familiares: Totalmente  Parcialmente

6.2.2. Realiza actividades laborales Totalmente  Parcialmente

6.2.3. Realiza actividades sociales Totalmente  Parcialmente

VII. EVOLUCIÓN

Favorable  Desfavorable  Alta  Abandono  Pérdida de seguimiento

VIII. INSTITUCIONES QUE INTERVIENEN EN DETERMINADOS PROCESOS DE CADA CASO.

HHV  Policial  Fiscalía  DEMUNA  Ministerio de la Mujer  ONG

Otro  Especificar:



FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE LLENA LA FICHA DE REGISTRO