PROGRAMA SUMAR

# Planilla de Registro de Captaciones: Esta planilla no debe enviarse en el expediente de facturación. El efector debe conservarla para posteriores auditorías. Todos los datos son obligatorios.

MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

**CAW01:** Búsqueda activa de personas embarazadas en el primer trimestre
**CAW02:** Búsqueda activa de personas embarazadas con abandono de controles
**CAW03:** Búsqueda activa de niño o niña con abandono de controles

| Municipio: | Efector: |
|---|---|

| Nombre y apellido | Fecha de nacimiento | Fecha de realización de la prestación | Firma y sello |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PROGRAMA SUMAR

# Planilla de Registro de Captaciones: Esta planilla no debe enviarse en el expediente de facturación. El efector debe conservarla para posteriores auditorías. Todos los datos son obligatorios.

MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

## CAW07: Rescate de persona adulta con riesgo

| Municipio: | Efector: |
|---|---|

| Nombre y apellido | Fecha de nacimiento | Fecha de realización de la prestación | Detección de población de riesgo en terreno (rescate) | Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación | Sello del profesional que realiza la prestación |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

PROGRAMA SUMAR

**Planilla de Registro de Captaciones:** Esta planilla no debe enviarse en el expediente de facturación. El efector debe conservarla para posteriores auditorías. Todos los datos son obligatorios.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

## **CAW08:** Búsqueda activa de febriles ante Caso Sospechoso de Dengue

| **Municipio:** | **Efector:** |
|---|---|

| Nombre y apellido | Fecha de realización de la prestación | Georeferencia del domicilio del caso sospechoso | Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación | Sello del profesional que realiza la prestación (si corresponde) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

PROGRAMA SUMAR

# Planilla de Registro de Captaciones: Esta planilla no debe enviarse en el expediente de facturación. El efector debe conservarla para posteriores auditorías. Todos los datos son obligatorios.

MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

## CAW09: Búsqueda activa de personas con enfermedad no transmisible (abordaje integral)

| Municipio: | Efector: |
|---|---|

| Nombre y apellido | Fecha de realización de la prestación | Registro de medidas antropo-métricas | Registro de hábito tabáquico | Registro de presión arterial con tensiómetro validado | Toma de Cuestionario de riesgo para EPOC (CODE) | Toma de Cuestionario de valoración de síntomas Asma | Resultados FINDRISC (DM) | Toma de Cuestionario CREA | Firma y aclaración del responsable de la prestación | Sello del profesional que realiza la prestación (si corresponde) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

PROGRAMA SUMAR

# Planilla de Registro de Captaciones: Esta planilla no debe enviarse en el expediente de facturación. El efector debe conservarla para posteriores auditorías. Todos los datos son obligatorios.

MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

## CAW010: Búsqueda activa de población en riesgo de malnutrición (de 6 meses a 5 años)

| Municipio: | Efector: |
|---|---|

| Nombre y apellido | Evaluación antropométrica: peso, talla y/o perímetro braquial | Anamnesis alimentaria | Registro de resultado de la evaluación diagnóstica | Plan de tratamiento (si corresponde) | Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

PROGRAMA SUMAR

# Planilla de Registro de Rondas: Esta planilla no debe enviarse en el expediente de facturación. El efector debe conservarla para posteriores auditorías. Todos los datos son obligatorios.

MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

**RO X001:** Ronda Sanitaria completa orientada a detección de población de riesgo en área rural / urbana
**RO X002:** Ronda Sanitaria completa orientada a detección de población de riesgo en población indígena

| Municipio: | Efector: |
|---|---|

| Nombre y apellido | Fecha de realización de la prestación o notificación | Evaluación de riesgo individual ó familia visitada ó comunidad | Detección de población de riesgo en terreno (rescate) | Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación (en talleres: responsable del efector) | Sello del profesional que realiza la prestación |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

PROGRAMA SUMAR

**Planilla de Registro de Rondas:** Esta planilla no debe enviarse en el expediente de facturación. El efector debe conservarla para posteriores auditorías. Todos los datos son obligatorios.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

## PR P073: Actividades de vigilancia entomológica (Dengue)

| Municipio: | Efector: |
|---|---|

| Nombre y apellido | Fecha de prestación | Localidad donde se realizó la actividad | Metodología utilizada | Registro de resultados | Firma y aclaración del responsable que realiza la prestación | Sello del profesional que realiza la prestación |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |