GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

ISEM

Registro Estadístico de Actividades del Personal Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS) y Cuidadoras de la Salud (CS)

1/ JURISDICCIÓN SANITARIA:	2/ COORDINACIÓN MUNICIPAL:
3/ NOMBRE DEL TAPS/CUIDADORA DE LA SALUD:	5/ PERIODO EVALUADO:

NO.	ACCIÓN	5/ MES:				5/ MES:				5/ MES:				TRIMESTRE			
		6/ NUMERO DE TAPS	7/ PROGRAMADO (META)	8/ ALCANZADO	9/ %	6/ NUMERO DE TAPS	7/ PROGRAMADO (META)	8/ ALCANZADO	9/ %	6/ NUMERO DE TAPS	7/ PROGRAMADO (META)	8/ ALCANZADO	9/ %	NUMERO DE TAPS	PROGRAMADO (META)	ALCANZADO	%
1	10/ **NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS**																
2	11/ **NÚMERO DE T.V.F. NUEVAS LEVANTADAS/ ACTUALIZADAS**																
3	12/ **DOSIS DE VACUNAS APLICADAS**																
4	13/ **NUEVAS ACEPTANTES DE P.F. CAPTADAS Y REFERIDAS**																
5	14/ **NÚMERO DE USUARIAS ACTIVAS DE P.F.**																
6	15/ **NÚM. DE EMBARAZADAS NUEVAS Y REFERIDAS**																
7	16/ **NIÑOS MENORES DE UN AÑO EN CONTROL PESO/TALLA**																
8	17/ **NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS EN CONTROL NUTRICIONAL**																
9	18/**CAPACITACIONES OTORGADAS**																
10	19/ **TALLERES OTORGADOS**																
11	20/ **DETECCIÓN Y REFERENCIA DE PACIENTES CRÓNICO DEGENERATIVAS DIABETES (CUESTIONARIOS)**																
12	21/ **DETECCIÓN Y REFERENCIA DE PACIENTE CRÓNICO DEGENERATIVAS HIPERTENSIÓN ARTERIAL (CUESTIONARIOS)**																
13	22/ **DETECCIÓN Y REFERENCIA DE PACIENTE CON SOBRE PESO U OBESIDAD**																
14	23/ **DETECCIÓN CÁNCER PROSTÁTICO Y REFERENCIA DE PACIENTES (CUESTIONARIOS)**																
15	24/ **DETECCIÓN Y REFERENCIA DE PACIENTE CON ADICCIONES (CUESTIONARIOS)**																
16	25/ **TOMA DE CITOLOGÍAS TRADICIONAL Y LIQUIDA**																
17	26/ **REVISIÓN DE MAMAS**																
18	27/ **PERROS Y GATOS VACUNADOS**																
19	28/ **NÚMERO DE REFERENCIAS DE LA COMUNIDAD AL CENTRO DE SALUD**																
20	29/ **SEGUIMIENTO DE REFERENCIAS DEL CENTRO DE SALUD AL HOSPITAL**																
21	30/ **SEGUIMIENTO DE CONTRARREFERENCIAS**																

31/ No. AGEBS	
32/ NÚMERO DE HABITANTES DE RESPONSABILIDAD	
33/ NÚMERO DE FAMILIAS	
34/ NÚMERO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL	
35/ NÚMERO DE MUJERES EMBARAZADAS	
36/ NÚMERO DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO	
37/ NÚMERO DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS	
38/ NÚMERO DE NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS	
39/ NÚMERO DE NIÑOS DE 10 A 19 AÑOS	
40/ NÚMERO DE PACIENTES CON DIABETES	
41/ NÚMERO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
42/ NÚMERO DE PACIENTES CON SOBREPESO/OBESIDAD	

43/ ELABORÓ

(NOMBRE Y FIRMA)

44/ VALIDÓ

JEFE DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA
(NOMBRE Y FIRMA)

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:
Registro Estadístico de Actividades del Personal Técnico en Atención Primaria a la Salud (TAPS) y Cuidadoras de la Salud.

Objetivo:
Permite al Coordinador Municipal llevar un control de actividades realizadas de manera mensual por el personal Técnico en Atención Primaria a la Salud y/o Cuidadora de Salud.

Distribución y Destinatario:
El formato se distribuye a las 19 Jurisdicciones Sanitarias del ISEM y se entrega a los Coordinadores Municipales.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	JURISDICCIÓN SANITARIA	Anotar el nombre de la Jurisdicción Sanitaria.
2	COORDINACIÓN MUNICIPAL	Anotar el nombre de la Coordinación Municipal.
3	NOMBRE DE LA (EL TAPS/CUIDADORA DE LA SALUD)	Escriba el nombre y los apellidos de la/el TAPS/Cuidadora de la Salud.
4	PERIODO EVALUADO	Anotar el mes en que se realiza el registro de los datos.
5	MES	Anotar el periodo a evaluar.
6	NUMERO DE TAPS Y CUIDADORAS DE LA SALUD	Anotar el número de TAPS y Cuidadoras de la salud existentes
7	PROGRAMADO (META)	Anotar la meta la meta programada de acuerdo a la acción
8	ALCANZADO	Anotar el número de actividades realizadas
9	%	Anotar el porcentaje alcanzado de acuerdo a la meta
10	NUMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS	Anotar en número de visitas domiciliarias realizadas en el mes a evaluar.
11	NUMERO DE T.V.F. LEVANTADAS Y ACTUALIZADAS	Anotar en la parte izquierda el número de T.V.F. levantadas y en la parte derecha el número de T.V.F. actualizadas.
12	DOSIS DE VACUNAS APLICADAS	Anotar el número total de dosis de vacunas aplicadas de acuerdo al mes a evaluar.
13	NUEVAS ACEPTANTES DE P.F. CAPTADAS Y REFERIDAS	Anotar el número de nuevas aceptantes captadas de Planificación Familiar y referidas acuerdo al mes a evaluar.
14	NUMERO DE USUARIAS ACTIVAS DE P.F.	Anotar el número de usuarias activas de Planificación Familiar de acuerdo a los meses evaluados.
15	NÚM. DE EMBARAZADAS NUEVAS CAPTADAS Y REFERIDAS	Anotar el número de mujeres embarazadas nuevas captadas y referidas de acuerdo al mes a evaluar.
16	NIÑOS MENORES DE UN AÑO EN CONTROL PESO/TALLA	Anotar el número de niños menores de un año en control de peso/talla de acuerdo al mes a evaluar.
17	NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS EN CONTROL NUTRICIONAL	Anotar el número de niños de 1 a 4 años en control de peso/talla de acuerdo al mes a evaluar.
18	CAPACITACIONES OTORGADAS	Anotar el número de capacitaciones impartidas de acuerdo al mes a evaluar.
19	TALLERES OTORGADOS	Anotar el número de talleres impartidos de acuerdo al mes a evaluar.
20	DETECCIÓN Y REFERENCIA DE PACIENTES CRÓNICO DEGENERATIVAS DIABETES (CUESTIONARIO)	Anotar en la parte izquierda el número de detecciones de Diabetes (cuestionarios) y en la parte derecha las referencias a la unidad realizadas de pacientes crónicos degenerativos (diabetes), de acuerdo al mes a evaluar.
21	DETECCIÓN Y REFERENCIA DE PACIENTES CRÓNICO DEGENERATIVAS HIPERTENSION ARTERIAL (CUESTIONARIO)	Anotar en la parte izquierda el número de detección de Hipertensión Arterial (cuestionarios) y en la parte derecha las referencias de comunidad a la unidad realizadas de pacientes crónicos degenerativos (Hipertensión Arterial), de acuerdo al mese a evaluar.
22	DETECCIÓN Y REFERENCIA DE PACIENTES CON SOBREPESO U OBESIDAD	Anotar en la parte izquierda el número de detección de sobrepeso u obesidad y en la parte derecha las referencias de comunidad a la unidad realizadas de pacientes con sobrepeso u obesidad de acuerdo al mes a

		evaluar
23	DETECCIÓN DE CANCER PROSTATICO Y REFERENCIA DE PACIENTES (CUESTIONARIO)	Anotar en la parte izquierda el número de detección de Cáncer protático (cuestionarios) y en la parte derecha las referencias de comunidad a la unidad realizadas de pacientes con adicciones de acuerdo al mes a evaluar.
24	DETECCIÓN Y REFERENCIA DE PACIENTES CON ADICCIONES (CUESTIONARIO	Anotar en la parte izquierda el número de detección de adicciones (cuestionarios) y en la parte derecha las referencias de comunidad a la unidad realizadas de pacientes con adicciones de acuerdo al mes a evaluar.
25	TOMA DE CITOLOGIAS TRADICIONAL Y LIQUIDA	Anotar en la parte izquierda el número de citologías tradicionales realizadas y en la parte derecha las citologías liquidas realizadas de acuerdo al mes a evaluar
26	REVISION DE MAMAS	Anotar el número de revisiones de mamas de acuerdos al mes a evaluar
27	PERROS Y GATOS VACUNADOS	Anotar el número de perros gatos vacunados de acuerdo al mes a evaluar.
28	REFERENCIAS DE LA COMUNIDAD A LA UNIDAD	Anotar el número de referencias de comunidad a la unidad realizadas en el mes a evaluar
29	SEGUIMIENTO DE REFERENCIAS DEL CENTRO DE SALUD A HOSPITAL	Anotar el número del seguimiento realizado a las referencias del Centro de Salud a Hospital u otra unidad de más complejidad en el mes a evaluar
30	SEGUIMIENTO DE CONTRARREFERENCIAS	Anotar el número del seguimiento a las contrarreferencia realizadas del Hospital u otra unidad en el mes a evaluar
31	No. AGEBS	Anotar el número del AGEB que corresponda.
32	NÚMERO DE HABITANTES DE RESPONSABILIDAD	Anotar el número de habitantes de su responsabilidad.
33	NÚMERO DE FAMILIAS	Anotar el número de familias del AGEB.
34	NÚMERO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL	Anotar el número de mujeres en edad fértil.
35	NÚMERO DE MUJERES ENBARAZADAS	Anotar el número de mujeres embarazadas
36	NÚMERO DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO	Anotar el número de niños menores de 1 año de edad.
37	NÚMERO DE NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS	Anotar el número de niños de 1 a 4 años de edad.
38	NÚMERO DE NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS	Anotar el número de niños de 5 a 9 años de edad.
39	NÚMERO DE NIÑOS MENORES DE 10 a 19 AÑOS	Anotar el número de niños de 10 a 19 años de edad.
40	NÚMERO DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS	Anotar el número de pacientes con diabetes Mellitus
41	NÚMERO DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL	Anotar el número de pacientes con Hipertensión Arterial
42	NÚMERO DE PACIENTES CON SOBRE PESO Y OBESIDAD	Anotar el número de pacientes con Sobre peso /Obesidad
43	ELABORÓ	Nombre y firma del Coordinador Municipal.
44	VALIDÓ	Nombre y firma del Jefe de la Jurisdicción Sanitaria.