

PROGRAMA SUMAR

Primer Nivel de Atención

2026

ATRIBUTOS OBLIGATORIOS MINIMOS

Prestación: Examen periódico de Salud

Examen periódico de salud (CTC001A97)

0 a 5 años	6 a 9 años	Adolescentes 10 a 19 años
<p>*Fecha de nacimiento</p> <p>*Fecha de la prestación</p> <p>*Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación</p> <p>*Peso</p> <p>*Talla</p> <p>*Percentilo de Peso/ Edad - Talla/Edad - Peso/ Talla</p> <p>*Perímetrocefálico en menores de 1 año</p> <p>*Evaluación psicomadurativa</p> <p>*Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico)</p>	<p>*Fecha de nacimiento</p> <p>*Fecha de la prestación</p> <p>*Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación</p> <p>*Peso</p> <p>*Talla</p> <p>*IMC</p> <p>*Percentilo IMC o Puntaje Z del IMC</p> <p>*Percentilo de Peso/ Edad - Talla/Edad - Peso/ Talla</p> <p>*Toma de TA</p> <p>*Examen físico</p> <p>*Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico)</p>	<p>*Fecha de nacimiento</p> <p>*Fecha de la prestación</p> <p>*Peso</p> <p>*Talla</p> <p>*Toma de TA</p> <p>*Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación</p> <p>*Examen físico</p> <p>*Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico)</p>

Examen periódico de salud CTC001A97

Jóvenes 20 a 29 años	Adultos de 30 a 59 años	Personas mayores >60 años
<p>*Fecha de nacimiento</p> <p>*Fecha de la prestación</p> <p>*IMC o perímetro de cintura</p> <p>*Toma de TA</p> <p>*Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación</p> <p>*Examen físico</p> <p>*Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico)</p> <p>*Fuente de registro válida: HC, FM</p>	<p>*Fecha de nacimiento</p> <p>*Fecha de la prestación</p> <p>*Evaluación de riesgo según edad y sexo</p> <p>*IMC o perímetro de cintura</p> <p>*Toma de TA</p> <p>*Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación</p> <p>*Examen físico</p> <p>*Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico)</p> <p>*Fuente de registro válida: HC, FM</p>	<p>*Fecha de nacimiento</p> <p>*Fecha de la prestación</p> <p>*Evaluación de riesgo según edad y sexo</p> <p>*IMC o perímetro de cintura</p> <p>*Toma de TA</p> <p>*Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación</p> <p>*Examen físico</p> <p>*Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico)</p> <p>*Fuente de registro válida: HC, FM</p>

Les recordamos los mails de nuestras áreas:

- **planificacionsumarsalta@gmail.com (Planificación Estratégica)**
- **capacitacionsumarsalta@gmail.com (Capacitación)**
- **sistemassumarsalta@gmail.com (Sistemas Informáticos)**
- **supervisionyauditoria.sumar@gmail.com (Supervisión y Auditoría)**
- **sumarsalta.adm@gmail.com (Administración)**
- **programasumarsalta@gmail.com (Comunicación)**
- **areamedicasumarsalta@gmail.com (Médica)**
- **facturacion.sumarsalta@gmail.com (Facturación)**

MUCHAS GRACIAS !!!!