

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
<ul style="list-style-type: none">*Fecha de nacimiento*Fecha de la prestación*Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación*Peso*Talla*Percentilo de Peso/ Edad - Talla/Edad - Peso/ Talla*Perímetro cefálico en menores de 1 año*Evaluación psicomadurativa*Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico)	<ul style="list-style-type: none">*Fecha de nacimiento*Fecha de la prestación*Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación*Peso*Talla*IMC*Percentilo IMC o Puntaje Z del IMC*Percentilo de Peso/ Edad - Talla/Edad - Peso/ Talla*Toma de TA*Examen físico*Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico)	<ul style="list-style-type: none">*Fecha de nacimiento*Fecha de la prestación*Peso*Talla*Toma de TA*Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación*Examen físico*Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico)

Examen periódico de salud CTC001A97

Jóvenes 20 a 29 años	Adultos de 30 a 59 años	Personas mayores >60 años
<ul style="list-style-type: none">*Fecha de nacimiento*Fecha de la prestación*IMC o perímetro de cintura*Toma de TA*Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación*Examen físico*Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico)*Fuente de registro válida: HC, FM	<ul style="list-style-type: none">*Fecha de nacimiento*Fecha de la prestación*Evaluación de riesgo según edad y sexo*IMC o perímetro de cintura*Toma de TA*Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación*Examen físico*Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico)*Fuente de registro válida: HC, FM	<ul style="list-style-type: none">*Fecha de nacimiento*Fecha de la prestación*Evaluación de riesgo según edad y sexo*IMC o perímetro de cintura*Toma de TA*Registro de calendario de vacunas al día o indicación de aplicación*Examen físico*Firma y sello del profesional (si es en registro papel) o usuario HCE (si es registro electrónico)*Fuente de registro válida: HC, FM

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)**
- **areamedिकासumarsalta@gmail.com (Médica)**
- **facturacion.sumarsalta@gmail.com (Facturación)**

MUCHAS GRACIAS !!!!!