

El Programa SUMAR y la integración con otras políticas sociales. PROG.R.ES.AR y Asignación por Embarazo

Guía para equipos de salud



EL PROGRAMA SUMAR Y EL PROG.R.ES.AR

¿Qué es PROG.R.ES.AR y quiénes pueden inscribirse?

PROG.R.ES.AR es un nuevo derecho que tienen los jóvenes entre los 18 y 24 años que no trabajan, trabajan informalmente o tienen un salario menor al mínimo vital y móvil (\$3.600) y su grupo familiar posee iguales condiciones.

PROG.R.ES.AR consiste en una prestación económica universal de \$ 600 para que los jóvenes inicien o continúen estudios de cualquier nivel educativo acreditado ante el Ministerio de Educación o de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.





Inscripción

Hay dos formas de inscribirse en PROG.R.ES.AR:

- A través de la WEB (formulario on-line)
- Descargando el Formulario de Solicitud (Form. PS 2.76) y luego presentándolo en ANSES

**Se debe llevar a la ANSES, además del formulario, el DNI y la partida de nacimiento. Además: DNI y partida de nacimiento de los hijos, en caso de tenerlos, y libreta de matrimonio o el certificado de convivencia, si está casado o vive en pareja. Se aclara que esta inscripción debe realizarla el solicitante del PROG.R.ES.AR. El personal de salud sólo debe orientar en caso de ser consultado.*

Confirmación de la solicitud de inscripción e información del cobro

Una vez realizada la inscripción, la ANSES controlará que se cumplan los requisitos en base a la información completada en el Formulario de Solicitud y la que figura en sus bases de datos. Tras la verificación de la información, la ANSES enviará al joven un aviso vía correo electrónico o SMS, confirmando la inscripción o no a PROG.R.ES.AR. El pago de la prestación está sujeto a la acreditación de inscripción a escolaridad o curso de capacitación través del formulario PS 2.77 de la ANSES. El joven inscripto, que haya realizado esta acreditación, podrá consultar dónde y cuándo cobra en la web www.anses.gob.ar, en Mi ANSES ¿Dónde cobro?

Monto a cobrar y modalidad de pago

El monto de la prestación es de \$600. Se paga el 80% (\$480) a partir de la confirmación de la inscripción y se retiene un 20%(\$120) todos los meses. En los meses de marzo, julio y noviembre de cada año se debe presentar el formulario PS 2.77 de la ANSES que acredite la continuidad de los estudios para cobrar el 20% acumulado en el cuatrimestre. A su vez, la acreditación de salud se debe presentar entre los meses de septiembre y diciembre de cada año.

Condiciones de salud

Los inscriptos en el PROG.R.ES.AR, deben cumplir con las condiciones de salud para poder percibir el 20% acumulado en el cuatrimestre.

Las mismas son:

- I. Estar inscripto en el Programa SUMAR
- II. Control de salud y consejería
- III. Esquema anual de vacunación

El control de salud y el esquema de vacunación se certificarán en el formulario de la ANSES (PS.2.78a). La información deberá ser completada por el personal certificante y/o el médico, quienes firmarán y sellarán el formulario.

Los hombres de 20 a 24 años deberán inscribirse en el Programa SUMAR. Así, brindamos identidad a TODOS los inscriptos en el PROG.R.ES.AR frente al Sistema Público de Salud.

Se deberán inscribir en el Programa SUMAR todos los aspirantes al PROG.R.ES.AR, cuenten o no con una obra social.

¿Cómo se certifica y qué comprende el Control de Salud y la Consejería?

El **control de salud** se certifica y comprende: control de la presión arterial, peso, talla, cálculo del índice de masa corporal y examen físico general.

El Ministerio de Salud de la Nación considera además que esta consulta puede ser una oportunidad para acercar a los centros de salud a un sector de la población que frecuentemente encuentra barreras para la atención de su salud. En este sentido, se propone que la consulta aborde aspectos de salud integral de las y los jóvenes, atendiendo al bienestar físico, mental y social de los mismos. Por ello, además del control de salud, es deseable que en relación a la **consejería** el profesional de la salud:

ACONSEJE SOBRE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA

Recomendar una alimentación rica en hortalizas, frutas, fibras, y baja en grasa, azúcar y sal; y la práctica de actividad física (150 minutos/semana de actividad aeróbica de moderada intensidad, como caminar rápido, o 75 minutos/semana de actividad aeróbica intensa, como trotar o correr).

RECOMIENDE LA CESACIÓN TABÁQUICA Y HAGA PREVENCIÓN DEL CONSUMO

Preguntar si fuma. Si responde SI, aconsejar que deje y ofrecerle ayuda para hacerlo. Si responde NO, aconsejar que no empiece.

HAGA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL

Preguntar si consume bebidas alcohólicas y aconsejar sobre los riesgos del consumo excesivo. Si responde SI, indagar cuánto toma para determinar consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA): tomar en un período corto 6 o + (si es varón) / 4 o + (si es mujer) unidades estándares de bebida alcohólica [1 botella o lata de cerveza (300cc); 1 vaso de vino (150cc); 1 trago de bebida destilada (80 a 100 cc)].

RECOMIENDE LA PREVENCIÓN DE LESIONES POR CAUSA EXTERNA

Recomendar el uso de cinturón de seguridad cuando ande en auto y de casco cuando circule en motocicleta o bicicleta. No se debe manejar éstos si se está cansado, enfermo o si se ha consumido alcohol u otras sustancias. Tampoco subir a un auto o motocicleta si el conductor ha consumido alcohol u otras sustancias.

ACONSEJE SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Consejería integral sobre salud sexual y reproductiva. Prevención de infecciones de transmisión sexual. Ofrecer preservativo y anticoncepción hormonal de emergencia preventiva a ambos sexos. Ofrecer test rápido de embarazo, consejería preconcepcional o planificación de acuerdo al caso.

INDAGUE SOBRE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN / INTENTO DE SUICIDIO

- Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez te sentiste tan triste o desesperado/a casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más tiempo, que dejaste tus actividades habituales?
- Durante el último mes, ¿consideraste seriamente la posibilidad o intentaste suicidarte?

Si responde Sí a una o las dos preguntas, derivar a servicio de salud mental.

» *En caso de ser posible de realizar en el establecimiento, ofrecer análisis de hepatitis B (anti HBV y HbsAg), hepatitis C (IgG HCV), sífilis (VDRL), VIH (ELISA para VIH) y Chagas (ELISA).*










Recuerde consignar en la historia clínica los datos de los jóvenes como así también facturar, en los casos que corresponda, las prestaciones al Programa SUMAR.

¿Qué comprende la certificación del calendario de vacunación con carnet?

La certificación se sustenta mediante el control del carnet de vacunación (inicio o completación) según calendario para 18-24 años:

- Doble antibacteriana adultos: 1 refuerzo cada 10 años
- Hepatitis B: 3 dosis (0-1-6 meses) una vez en la vida. Iniciar o completar esquema.
- Doble o triple viral (SR/SRP): al menos 2 dosis (0-4 semanas) luego del año de vida.

Formulario PS 2.78a

<p>PROGRESAR  Form. PS.2.78a ACREDITACIÓN DE CONTROL DE SALUD - PROGRESAR</p> <p>Trámite Número Código SISA del Establecimiento</p>	1
<p>Rubro 1 - Datos del Solicitante</p> <p>CUIL <input type="text"/> Tipo Documento <input type="text"/> Nro de Doc. <input type="text"/></p> <p>Apellido/s <input type="text"/> Nombre/s <input type="text"/></p> <p>Correo Electrónico <input type="text"/> Telefono <input type="text"/></p> <p>Posee cobertura de Obra Social / PrepagaS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Si consigna "Si" indique cual: <input type="text"/></p> <p>_____ Firma del Solicitante Aclaración de la firma</p> <hr/> <p>Rubro 2 - Datos del Representante</p> <p>Apellido/s <input type="text"/> Nombre/s <input type="text"/></p> <p>Tipo Documento <input type="text"/> Nro de Doc. <input type="text"/> Telefono <input type="text"/></p> <p>Correo Electrónico <input type="text"/></p> <p style="text-align: right;">_____ Firma del Representante o Dígito Pulgar Derecho</p>	2
<p>Rubro 3 - Datos del Control de Salud</p> <p>Vacunatorio: Esquema de Vacunación (a)</p> <p>Calendario de vacunas <input type="checkbox"/> Completo <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/></p> <p>Apellido/s y Nombre/s del C. Ertificante <input type="text"/></p> <p>Lugar y Fecha: <input type="text"/> (día/mes/año)</p> <p style="text-align: right;">_____ Firma y Sello del Personal Certificante</p> <p>Control de Salud: Examen Físico y consejería (b)</p> <p>Ha cumplido con los controles básicos de salud <input type="checkbox"/></p> <p>Apellido/s y Nombre/s del Médico/a Certificante <input type="text"/></p> <p>Lugar y Fecha: <input type="text"/> (día/mes/año) Matrícula: <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> Firma y Sello del Médico Certificante Fecha de recepción y sello </p> <p style="text-align: center;">_____ Firma, aclaración y legajo del agente interviniente</p>	3
<p>PROGRESAR  Form. PS.2.78b ACREDITACIÓN DE CONTROL DE SALUD - PROGRESAR</p> <p>Constancia de Recepción</p> <p>Trámite Número CUIL <input type="text"/></p> <p>Datos del Solicitante</p> <p>Apellido/s <input type="text"/> Nombre/s <input type="text"/></p> <p>_____ Firma, aclaración y legajo del agente interviniente Fecha de recepción y sello</p> <p style="text-align: center;">  Presidencia de la Nación </p> <p style="text-align: center;">       </p>	4

RUBRO 3 – DATOS DEL CONTROL DE SALUD

VACUNATORIO: ESQUEMA DE VACUNACIÓN (A):

El personal certificante y/o el médico completa el Formulario colocando una “X” en el casillero: COMPLETO, cuando el carnet de vacunación del solicitante tiene: 3 dosis de vacunación hepatitis B, una dosis de doble bacteriana (DT) en los últimos 10 años, 2 dosis de doble viral (SRP) luego del año de vida.

Si el solicitante no tiene todas las vacunas del calendario regular al día, el médico debe indicar las vacunas para completar el esquema de vacunación y una vez que el solicitante ACREDITE haber iniciado el proceso (no es necesario que reciba todas las dosis), coloca el formulario con una “X”, en el casillero en EN CURSO.

APELLIDO Y NOMBRE/S DEL CERTIFICANTE:

completar con letra clara, imprenta y legible.

**Rubro 3 - Datos del Control de Salud
Vacunatorio: Esquema de Vacunación (a)**

Calendario de vacunas

Completo En curso

Apellido/s y Nombre/s del Certificante

Lugar y Fecha: _____
(día/mes/año)

Firma y Sello del Personal Certificante

Control de Salud: Examen Físico y consejería (b)

Ha cumplido con los controles básicos de salud

Apellido/s y Nombre/s del Médico/a Certificante

Lugar y Fecha: _____
(día/mes/año)

Matrícula: _____

Firma y Sello del Médico
Certificante

Fecha de recepción y sello

Firma, aclaración y legajo del agente interviniente

3

LUGAR Y FECHA: colocar el lugar y la fecha DD/MM/AAAA.

FIRMA Y SELLO DEL PERSONAL CERTIFICANTE: firmar y sellar el form. de manera legible.

CONTROL DE SALUD: EXAMEN FÍSICO Y CONSEJERÍA (B)

APELLIDO/S Y NOMBRE/S DEL MÉDICO/A CERTIFICANTE: completar con letra clara, imprenta y legible.

MATRÍCULA: completar colocando un número por casillero.


FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO CERTIFICANTE: firmar y sellar el form. de manera legible.

FECHA DE RECEPCIÓN Y SELLO: espacio para ser completado por ANSES.

FIRMA, ACLARACIÓN Y LEGAJO DEL AGENTE INTERVINIENTE: espacio para ser completado por ANSES.

Constancia de Recepción

Estos campos serán completados por el solicitante del PROG.R.ES.AR o en la oficina de ANSES.



Form.
PS.2.78b

Constancia de Recepción

**ACREDITACIÓN DE CONTROL DE
SALUD - PROGRESAR**

Trámite Número

Datos del Solicitante


Apellido/s

Nombre/s







Firma, aclaración y legajo del agente interviniente

CUIL

Fecha de recepción y sello



Presidencia de la Nación

4

Certificación de las condiciones ante ANSES

El control de salud y la certificación de las vacunas se acreditará por medio del formulario PS 2.78a.

La inscripción en el Programa SUMAR se certificará con la presentación de la constancia de inscripción (talón de la ficha de inscripción), o por sistema de ANSES.

Talón de inscripción
SUMAR

CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN PARA EL BENEFICIARIO

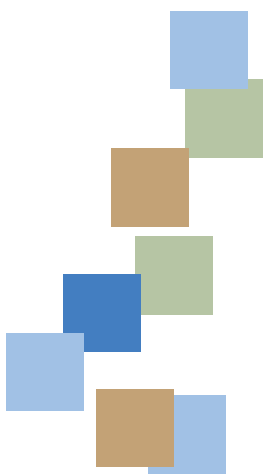
APELLIDOS							
NOMBRES							
FECHA DE INSCRIPCIÓN:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">DÍA</td> <td style="width: 15%;">M</td> <td style="width: 15%;">ES</td> <td style="width: 15%;">AÑO</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>	DÍA	M	ES	AÑO		
DÍA	M	ES	AÑO				
FIRMA DEL AGENTE INSCRIPTOR							
NOMBRE COMPLETO DEL AGENTE INSCRIPTOR							
CENTRO DE REFERENCIA							

RECUERDE: los jóvenes pueden inscribirse en el PROG.R.ES.AR en cualquier momento por esto se acercarán al establecimiento de salud durante todo del año.

8

EL PROGRAMA SUMAR Y LA ASIGNACIÓN POR EMBARAZO PARA PROTECCIÓN SOCIAL

Novedades 2014 que facilitan el acceso a las políticas públicas





Asignación automática para las embarazadas inscriptas en el Programa SUMAR

¿QUÉ ES LA ASIGNACIÓN POR EMBARAZO?

La Asignación por Embarazo para Protección Social, es un ingreso que protege a las madres en estado de vulnerabilidad para que puedan llevar adelante su embarazo cuidando su salud y la de su bebé.

¿CÓMO SE COBRA LA ASIGNACIÓN POR EMBARAZO?

La Asignación por Embarazo para Protección Social se cobra desde la semana 12 hasta un máximo de 6 mensualidades. Cada mes, se percibe el 80% de la prestación y el 20% restante queda acumulado hasta la finalización del embarazo.

¿EN QUÉ CONSISTE LA ASIGNACIÓN AUTOMÁTICA PARA LAS EMBARAZADAS INSCRIPTAS EN EL PROGRAMA SUMAR?

El Ministro de Salud de la Nación, Dr. Juan Luis Manzur, y el director Ejecutivo de ANSES, Lic. Diego Bossio, firmaron un convenio de cooperación mediante el cual desde el 1 de enero de 2014 solo con la inscripción al Programa SUMAR, y sin tener que hacer ningún otro trámite, la mujer embarazada ya puede percibir la Asignación por Embarazo.

Siendo así lo primero que debe hacer la embarazada al enterarse de su estado es acercarse al centro de salud más cercano, inscribirse al Programa SUMAR y realizarse el primer control.

VERIFICACIÓN DE LOS DATOS

Una vez inscripta en el Programa SUMAR, ANSES verificará los datos de la embarazada y le enviará un mensaje de texto (SMS) o un correo electrónico en el que le informarán que ya puede empezar a cobrar la Asignación por Embarazo a través de una cuenta bancaria gratuita.

¿QUÉ PASA SI NO RECIBE NINGUNA NOTIFICACIÓN DE ANSES?

Si la mujer solicitó la Asignación por Embarazo y no recibió ni un mensaje de texto (SMS) ni un correo electrónico para informarle del primer cobro, la embarazada podrá consultar el estado de su trámite ingresando a MI ANSES, ¿Dónde cobro? en www.anses.gob.ar o telefónicamente al 130.

Las beneficiarias del PROG.R.ES. AR que cursen un embarazo podrán acceder de forma automática a la Asignación por Embarazo. Ayudemos a que las mujeres accedan también a este derecho.

El equipo de salud debe inscribir en el Programa SUMAR a las embarazadas antes de la semana 12 de gestación. De esta forma le garantiza a la mujer los controles de salud y el acceso a la Asignación por Embarazo.

CONDICIONES DE SALUD

Las embarazadas, deben cumplir con las condiciones de salud para poder percibir el 20% acumulado.

Las mismas son:


- I. Estar inscripta en el Programa SUMAR
- II. Control básico de salud

El control básico de salud y el esquema de vacunación se completarán en el formulario de la ANSES PS 2.67, La información deberá ser completada por un médico, quien firmará y sellará la planilla.

FORMULARIO PS 2.67 ASIGNACIÓN POR EMBARAZO PARA PROTECCIÓN SOCIAL

Antes de completar el formulario lea atentamente las siguientes instrucciones

- 1) La información debe ser completada con letra clara, imprenta y legible
- 2) El médico debe firmar donde se indica sin ocupar el espacio reservado a ANSES
- 3) La firma, el sello y la matrícula del médico deberán ser legibles
- 4) No tachar, ni borrar, ni enmendar el formulario

		Form. PS.2.67	Versión 1.1	
		Solicitud Asignación por Embarazo para Protección Social		
USO EXCLUSIVO ANSES	Frente		Trámite N°	
	Código Dependencia	UDAI		
	Solicitud <input type="checkbox"/>	Acreditación <input type="checkbox"/>	Aceptada <input type="checkbox"/>	Rechazada <input type="checkbox"/>
	Rubro 1 - Datos del Titular Declaración Jurada de Datos Consignados			
CUIL		N° de Documento		
Apellido/s y Nombre/s _____				
Correo Electrónico _____				
Teléfono de Contacto _____				
Posee cobertura de Obra Social: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Si Consigna "SI". Indique Situación: Monotributista Social <input type="checkbox"/> Servicio Doméstico <input type="checkbox"/> Trabajo de Temporada <input type="checkbox"/>				

Recuerde reportar al sistema los embarazos y actualizar los datos personales de la mujer. Es muy importante cargar y actualizar los siguientes campos: mail, celular y datos del domicilio. De esta manera la mujer recibirá información sobre su cobro.

Versión 1.1

ANSES Form. PS.2,67 **Solicitud Asignación por Embarazo para Protección Social**

Uso Exclusivo ANSES

Desde: Código Dependencia UDAI Trámite N°

Solicitud Acreditación Aceptada Rechazada

Rubro 1 - Datos del Titular Declaración Jurada de Datos Consignados

CUJIL N° de Documento

Apellido/s y Nombre/s

Correo Electrónico

Teléfono de Contacto

Posee cobertura de Obra Social: Si No

Si Consigna "SI". Indique Situación: Monotributista Social Servicio Doméstico Trabajo de Temporada

Si Consigna "No". Presenta Inscripción al Plan Nacer

1 **Declaro bajo juramento que mi grupo familiar cumple con los requisitos establecidos en el Decreto N° 1602/09 y sus normas reglamentarias para el cobro de esta Asignación por Embarazo para Protección Social y no estamos alcanzados por las incompatibilidades del Artículo 9° del mencionado decreto.**

Datos del Representante Legal/Natural del Titular Solo cumplimentar en el caso de que el Titular sea Menor de 18 Años

CUJIL N° de Documento

Apellido/s y Nombre/s

Firma del Titular / Representante o Impresión Dígito Pulgar Derecho Aclaración de Firma

Rubro 2 - Constancia Médica para la Solicitud de la Asignación por Embarazo para Protección Social

Fecha: Semanas de Gestación (entre 12 y 42 semanas): Fecha Probable de Parto:

Matrícula N°: Nacional Provincial

Apellido/s y Nombre/s del Profesional:

2 **La cumplimentación de este rubro acredita que la Titular se encuentra embarazada.**

Lugar Firma y Sello del Profesional Certificante

Rubro 3 - Acreditación de Requisitos Médicos del Embarazo

Indique lo que Corresponda: Nacimiento Interrupción del Embarazo Fallecimiento Fecha:

Control Integral del Embarazo (Controles Prenatales, Laboratorio, Ecografías, Inmunizaciones, Consejería)

Matrícula N°: Nacional Provincial

Apellido/s y Nombre/s del Profesional:

Lugar y Fecha

3 **Firma y Sello del Profesional Certificante**

Presenta la Inscripción al Plan Nacer del recién nacido (Uso exclusivo de ANSES)

Rubro 4 - Recepción (Para Uso Exclusivo de ANSES)

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

Fecha y Sello de Recepción

Versión 1.1

ANSES Form. PS.2,67 **Solicitud Asignación por Embarazo para Protección Social**

Uso Exclusivo ANSES

Desde: Código Dependencia UDAI Trámite N°

Solicitud Acreditación Aceptada Rechazada

CUJIL N° de Documento

Apellido/s y Nombre/s

4 **Constancia de Recepción**

Firma, Aclaración y Legajo del Agente Interviniente

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

Fecha y Sello de Recepción

RUBRO 1 – DATOS DEL TITULAR: Estos campos serán completados por la embarazada.

RUBRO 2 – CONSTANCIA MÉDICA PARA LA SOLICITUD DE LA ASIGNACIÓN POR EMBARAZO PARA PROTECCIÓN SOCIAL: Estos campos no son necesarios completar ya que con la inscripción en el Programa SUMAR la mujer acredita su embarazo automáticamente.

RUBRO 4-PARA USO EXCLUSIVO DEL ANSES

RUBRO 3- ACREDITACIÓN DE REQUISITOS MÉDICOS DEL EMBARAZO:

Indique con una "X" lo que corresponda: Nacimiento// Interrupción del Embarazo ///Fallecimiento/// Fecha: colocar DD/MM/AAAA.

Indique con una "X" lo que corresponda: Control integral del Embarazo (Incluye los controles prenatales, laboratorio, ecografías, inmunizaciones, consejería)

MATRÍCULA: completar colocando un número por casillero. Indicar con una "X" si en Nacional o Provincial Apellido/s y Nombre/s del profesional: completar con letra clara, imprenta y legible

LUGAR Y FECHA: colocar el lugar y la fecha DD/MM/AAAA.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL CERTIFICANTE: firmar y sellar el formulario de manera legible.

PRESENTACIÓN DEL FORMULARIO PS 2.67

Al término del embarazo (ya sea por nacimiento o por pérdida), el médico deberá completar el formulario PS 2.67, que la mujer deberá presentar en la oficina de ANSES para cobrar el 20% restante.

INSCRIPCIÓN DEL BEBÉ PARA PERCIBIR LA ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO.

Una vez que el bebé nace, la madre deberá inscribirlo en el Programa SUMAR para hacerle los controles y de esa manera también podrá percibir la Asignación Universal por Hijo para Protección Social hasta los 18 años, siempre y cuando el niño/a y su grupo familiar también cumplan con los requisitos de acceso.

ANEXO

PROG.R.ES.AR - Control Básico de Salud para Jóvenes de 18-24 años

Lista de verificación para el personal de Salud		Realizado
1	Comunicar al joven que la información de salud es confidencial y que no afectará la posibilidad de acceder al Plan PROG.R.ES.AR.	<input type="checkbox"/>
2	Control del carnet de vacunación según Calendario para 18-24 años Doble antibacteriana adultos: 1 refuerzo cada 10 años. Hepatitis B: 3 dosis (0-1-6 meses) una vez en la vida. Iniciar o completar esquema. Doble o triple viral (SR/SRP): al menos 2 dosis (0-4 semanas) luego del año de vida. Iniciar o completar esquema.	<input type="checkbox"/>
3	Alimentación saludable y actividad física Recomendar una alimentación rica en hortalizas, frutas, fibras, y baja en grasa, azúcar y sal; y la práctica de actividad física (150 minutos/semana de actividad aeróbica de moderada intensidad, como caminar rápido, o 75 minutos/semana de actividad aeróbica intensa, como trotar o correr).	<input type="checkbox"/>
4	Consumo de Tabaco Preguntar si fuma. Si responde SI, aconsejar que deje y ofrecerle ayuda para hacerlo. Si responde NO, aconsejar que no empiece.	<input type="checkbox"/>
5	Consumo de alcohol Preguntar si consume bebidas alcohólicas y aconsejar sobre los riesgos del consumo excesivo. Si responde SI, indagar cuánto toma para determinar consumo episódico excesivo de alcohol (CEEA): tomar en un período corto 6 o + (si es varón) / 4 o + (si es mujer) unidades estándares de bebida alcohólica [1 botella o lata de cerveza (300cc); 1 vaso de vino (150cc); 1 trago de bebida destilada (80 a 100 cc)].	<input type="checkbox"/>
6	Prevención de lesiones por causa externa Recomendar el uso de cinturón de seguridad cuando ande en auto y de casco cuando circule en motocicleta o bicicleta. No se debe manejar motocicleta o bicicleta si se está cansado, enfermo o si se ha consumido alcohol u otras sustancias. Tampoco subir a un auto o motocicleta si el conductor ha consumido alcohol u otras sustancias.	<input type="checkbox"/>
7	Salud Sexual y Reproductiva Consejería integral sobre salud sexual y reproductiva. Prevención de infecciones de transmisión sexual. Ofrecer preservativo y anticoncepción hormonal de emergencia preventiva a ambos sexos. Ofrecer test rápido de embarazo, consejería preconcepcional o planificación de acuerdo al caso.	<input type="checkbox"/>
8	Depresión / intento de suicidio a) Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez te sentiste tan triste o desesperado/a casi todos los días durante dos semanas consecutivas o más tiempo, que dejaste tus actividades habituales? b) Durante el último mes, ¿consideraste seriamente la posibilidad o intentaste suicidarte? Si responde Sí a una o las dos preguntas, derivar a servicio de salud mental.	<input type="checkbox"/>
9	Si es factible de realizar en el Establecimiento, ofrecer análisis de hepatitis B (anti HBV y HbsAg), hepatitis C (IgG HCV), sífilis (VDRL), VIH (ELISA para VIH) y Chagas (ELISA).	<input type="checkbox"/>
10	Examen físico Peso: Tensión arterial: Talla: Examen físico general: Índice de masa corporal:	<input type="checkbox"/>