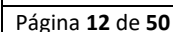



	DIRECTIVA PARA EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DE LAS PRESTACIONES OTORGADAS A LOS ASEGURADOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS) EN EL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA).	Resp: GREP Versión: 02
		Página 11 de 50

ANEXO N° 01 FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) Prestaciones de salud.

PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		ANEXO 1	
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA							
NÚMERO DE FORMATO							
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD							
CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN			
PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR	
DE LA IPRESS	CÓDIGO DE ASPED	INTRAMURAL		AMBULATORIA		CÓD. RENIPRESS	NOMBRE DE LA IPRESS
ITINERANTE		EXTRAMURAL		REFERENCIA			N° HOJA DE REFERENCIA
ASPED		EMERGENCIA					
DEL ASEGURADO / USUARIO							
IDENTIFICACIÓN		CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS		ASEGURADO DE OTRA IAFAS			
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DRESA / OTROS	NÚMERO	INSTITUCIÓN			
				COD. SEGURO			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO			
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES			
SEXO	FECHA	DÍA	MES	AÑO	N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA
MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO						
FEMENINO							
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1			
GESTANTE				DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2			
PUERPERA	FECHA DE FALLECIMIENTO			DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3			
DE LA ATENCIÓN							
FECHA DE ATENCIÓN		HORA	UPS	CÓD. PRESTA.	CÓD. PRESTACIÓN (ES) ADICIONAL (ES)	HOSPITALIZACIÓN	
DÍA	MES	AÑO				FECHA DE INGRESO	DÍA MES AÑO
						DE ALTA	
REPORTE VINCULADO		CÓD. AUTORIZACIÓN	N° FUA A VINCULAR		DE CORTE ADMINISTRATIVO		
CONCEPTO PRESTACIONAL							
ATENCIÓN DIRECTA					SEPELIO		
					NATIMUERTO	OBITO	OTRO
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO							
ALTA	CITA	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO	CONTRA REFERIDO	FALLECIDO
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A							
CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARR.	
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS							
PESO (Kg)	TALLA (cm)	P.A. (mmHg)	IMC (Kg/m2)	P.A.B. (cm)	VACUNAS N° DE DOSIS		
DE LA GESTANTE	DEL RECÉN NACIDO	GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO		JOVEN Y ADULTO	BCG	INFLUENZA	ANTIAMARILICA
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)	CRED N°		EVALUACIÓN INTEGRAL	DPT	PAROTID	ANTINEUMOC
EDAD GEST	APGAR 1*	5*	R.N. PREMATURO	TAP/EEOP o TEPIS	APO	RUBEOLA	ANTITETANICA
ALTURA UTERINA			BAJO PESO AL NACER	CONSEJERÍA NUTRICIONAL	ASA	ROTAVIRUS	COMPLETAS PARA LA EDA (410)
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)		ENFER. CONGÉNITA / SEQUELA AL NACER	CONSEJERÍA INTEGRAL	SPR	DT ADULTO (N° DOSIS)	VPH
CONTROL PUERP (N°)			TAMIZAJE DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS		SR	IPV	OTRA VACUNA
	HB.GLICOSILADA (mg/dL)	DOSAJE DE ALBUMINA EN ORINA (ug/mL)	DEPURACIÓN DE CREATININA (mL/min)		HVB	PENTAVAL	
GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABAJAD. SEXUALES 3. VIH 4. PRIVADO LIBERTAD 5. ET. AA. 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDIANTES DE SALUD 8. POLITRANSPORTISTAS 9. DROGA DEPENDIENTES							
DIAGNÓSTICOS							
N°	DESCRIPCIÓN	INGRESO			EGRESO		
		TIPO DE DX	CIE - 10		TIPO DE DX	CIE - 10	
1		P D R			D R		
2		P D R			D R		
3		P D R			D R		
4		P D R			D R		
5		P D R			D R		
N° DE DNI		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				N° DE COLEGIATURA	
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		ESPECIALIDAD		N° RNE	EGRESADO		
<small>1. MEDICO 2. FARMACEUTICO 3. ODONTOLÓGICO 4. BIOLÓGICO 5. GINECÓLOGO 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICÓLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO</small>							
FIRMA ASEGURADO				FIRMA REPRESENTANTE DEL ASEGURADO: NOMBRES Y APELLIDOS			
REPRESENTANTE				HUELLA Digital del Asegurado o del Representante			
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				DNI o CE DEL REPRESENTANTE:			



 CamScanner