



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA

NUMERO DE FORMATO

00005669

25

00001901

DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS

00005669

NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN

P.S. CHONTA

PERSONAL QUE ATIENDE

LUGAR DE ATENCIÓN

ATENCIÓN

REFERENCIA REALIZADA POR

DE LA IPRESS

CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE

INTRAMURAL

AMBULATORIA

CÓD. RENIPRESS

NOMBRE DE LA IPRESS

N° HOJA DE REFERENCIA

ITINERANTE

EXTRAMURAL

REFERENCIA

OFERTA FLEXIBLE

EMERGENCIA

DEL ASEGURADO / USUARIO

IDENTIFICACIÓN

CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS

ASEGURADO DE OTRA IAFAS

TDI

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DIRESA / 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

GESTANTE

FECHA DE FALLECIMIENTO

PUERPERA

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3

DE LA ATENCIÓN

FECHA DE ATENCIÓN

HORA

UPS

CÓD. PRESTA.

CÓD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)

HOSPITALIZACIÓN

FECHA

DÍA

MES

AÑO

DÍA

MES

AÑO

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

REPORTE VINCULADO

CÓD. AUTORIZACIÓN

N° FUA A VINCULAR

DE INGRESO

DE ALTA

DE CORTE ADMINISTRATIVO

CONCEPTO PRESTACIONAL

ATENCIÓN DIRECTA

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO

ALTA

CITA

HOSPITALIZACIÓN

EMERGENCIA

CONSULTA EXTERNA

APOYO AL DIAGNÓSTICO

CONTRA RREFERIDO

FALLECIDO

CORTE ADMINIS.

:

:

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

VACUNAS N° DE DOSIS

PESO (Kg)

TALLA (cm)

P.A. (mmHg)

IMC (Kg/m2)

P.AB (cm)

BCG

INFLUENZA

ANTIAMARILICA

DE LA GESTANTE

DEL RECIEN NACIDO

GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR

JOVEN Y ADULTO

CPN (N°)

EDAD GEST RN (SEM)

CRED N°

EVALUACIÓN INTEGRAL

EDAD GEST

R.N. PREMATURO

TAP/ EEDP o TEPSI

ADULTO MAYOR

ALTURA UTERINA

APGAR 1*

5*

VACAM

PARTO VERTICAL

Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)

BAJO PESO AL NACER

CONSEJERIA NUTRICIONAL

TAMIZAJE DE SALUD MENTAL

PAT. NOR.

CONTROL PUERP (N°)

HB.GLICOSILADA (mg/dL)

TAMIZAJE DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS

DOSAJE DE ALBUMINA EN ORINA (ug/mL)

DEPURACION DE CREATININA (mL/min)

GRUPO DE RIESGO HVB

GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABAJAD. SEXUALES 3. HSH 4. PRIVADO LIBERTAD 5. FF. AA. 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDIANTES DE SALUD 8. POLITRANFUNDIDOS 9. DROGO DEPENDIENTES

DIAGNOSTICOS

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

1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNÓLOGO MEDICO 10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO

FIRMA

ASEGURADO

REPRESENTANTE

REPRESENTANTE DEL ASEGURADO:

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION

DNI o CE DEL REPRESENTANTE:

Huella Digital del Asegurado o del Representante