



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NÚMERO DE FORMATO

23

CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN

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 U OFERTA FLEXIBLE

N° HOJA DE

ITINERANTE

OFERTA FLEXIBLE

TELESALUD

EXTRAMURAL

REFERENCIA

EMERGENCIA

IDENTIFICACIÓN

CÓDIGO DEL ASEGURADO / USUARIO

TDI

N° DOCUMENTO DE

IDENTIDAD

DIRESA /

OTROS

NÚMERO

INSTITUCIÓN

ASEGURADO DE OTRA IAFAS

CÓD. SEGURO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

PRIMER NOMBRE

OTROS NOMBRES

SEXO

MASCULINO

FEMENINO

SALUD MATERNA

GESTANTE

PUÉRPERA

FECHA

DÍA

MES

AÑO

FECHA PROBABLE DE

PARTO / FECHA DE

PARTO

FECHA DE

NACIMIENTO

FECHA DE

FALLECIMIENTO

N° DE HISTORIA CLÍNICA

ETNIA

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3

DE LA ATENCIÓN

FECHA DE ATENCIÓN

DÍA

MES

AÑO

HORA

UPS

CÓD. PRESTA.

CÓD. PRESTACIÓN(ES)

ADICIONAL (ES)

HOSPITALIZACIÓN

FECHA

DÍA

MES

AÑO

DE INGRESO

DE ALTA

DE CORTE

ADMINISTRATIVO

REPORTE VINCULADO

CÓD. AUTORIZACIÓN

N° FUA A VINCULAR

CONCEPTO PRESTACIONAL

ATENCIÓN

DIRECTA

COB EXTRAORDINARIA

N° Autorización

Monto \$/

TRASLADO

SEPELIO

NATIMUERTO

OBITO

OTRO

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO

ALTA

CITA

HOSPITALIZACIÓN

EMERGENCIA

CONSULTA EXTERNA

APOYO AL

DIAGNÓSTICO

CONTRA

REFERIDO

FALLECIDO

CORTE

ADMINIS.

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)

DE LA

GESTANTE

DEL RECIÉN NACIDO

EDAD GEST RN

(SEM)

CPN (N°)

EDAD GEST

ALTURA

UTERINA

PARTO

VERTICAL

CONTROL

PUERP (N°)

PROCOMIOLADO

APGAR 1°

5°

Corte Tardío de

Cordón (2 a 3 min)

GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE /

JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR

CRED N°

PAB (cm)

R.N. PREMATURO

BAJO PESO AL

NACER

ENFER. CONGENITA /

SECUELA AL NACER

N° FAMILIARES DE

GEST / PUERP.

CASA MAT.

TAP / EEDP o

TEPSI

CONSEJERIA

NUTRICIONAL

CONSEJERIA

INTEGRAL

IMC (Kg/m²)

CONSEJERIA

P.R.F.F.

JOVEN Y ADULTO

EVALUACIÓN

INTEGRAL

ADULTO MAYOR.

VACAM

TAMIZAJE DE

SALUD

MENTAL

PAT.

NOR.

VACUNAS N° DE DOSIS

BCG

DPT

APO

ASA

SPR

SR

HVB

VAC

VARICELA

GRUPO DE

RIESGO HVB

INFLUENZA

PAROTID

RUBEOLA

ROTAVIRUS

DT ADULTO (N°

DOSIS)

IPV

PENTAVAL

DTF

ACELULAR

GESTANTE

ANTIMARIJICA

ANTINEUMOC

ANTITETÁNICA

VPH

HIS

DT Pediátrico

DTF

ACELULAR

GESTANTE

GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABAJADORA SEXUAL

3. HSB 4. PRIVADO LIBERTAD 5. FF AA 6. POLICIA NACIONAL

7. ESTUDIANTE DE SALUD 8. POLTRAF 9. OROGO DEPENDIENTES

DIAGNÓSTICOS

N°

DESCRIPCIÓN

INGRESO

EGRESO

TIPO DE DX

CIE - 10

TIPO DE DX

CIE - 10

1

2

3

4

5

P

D

R

D

R

P

D

R

D

R

P

D

R

D

R

P

D

R

D

R

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. FARMACÉUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRA 6. LIC. ENFERMERIA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICÓLOGO 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICIÓN 11. TÉCNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE

ENFERMERIA 13. OTRO.

FIRMA

ASEGURADO

APODERADO

APODERADO:

NOMBRES Y APELLIDOS

DNI o CE DEL APODERADO:

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

Huella Digital del Asegurado o

del Apoderado