

CORRECTO LLENADO DEL **FUA** FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN

PRIMER NIVEL



**DIRECCIÓN EJECUTIVA DE SALUD
DE LAS PERSONAS
DIRECCIÓN DE SEGUROS EN SALUD**

REGLA DE CONSISTENCIA N° 01													
DENOMINACION: PRESTACIONES SEGÚN ETAPA DE VIDA, RANGOS DE EDAD MÍNIMA Y MÁXIMA, SEXO, PRESTACIONES CON HOSPITALIZACIÓN, REGIMEN/COMPONENTE Y LA CONSIDERACIÓN DE SI ES GESTANTE O PUÉRPERA.													
TIPO DE INTERVENCIÓN	COD. PREST.	PRESTACIONES	ETAPA DE VIDA y/o Grupo Etario. (Referencia)	EDAD MÍNIMA	EDAD MÁXIMA	SEXO (A: ambos, F: femenino, M: masculino)	HOSPITALIZACIÓN (SI: S, NO: N)	GESTANTE (S/N)	PUERPERA (S/N)	No Gestante ni Puerpera (S/N)	REGIMEN/COMPONENTE (***): Substituido = "1" Semisubstituido o Semicontributivo (*)= "2"	ACCIÓN	
PREVENTIVO	002	Control del recién nacido con menos de 2,500 gr, prematuro, con secuelas al nacer	0-1 Año	0 días	12 meses	A	N	N	N	S	1 - 2		
	029	Tamizaje Neonatal		0 días	12 meses	A	N	N	N	S	1 - 2		
	001	Control de crecimiento y desarrollo en menores entre 0 - 4 años	0-4Años	0 días	4 a	A	N	N	N	S	1 - 2		
	118	Control de crecimiento y desarrollo en menores entre 5 - 9 años	5-9 Años	5 a	9 a	A	N	N	N	S	1 - 2		
	119	Control de crecimiento y desarrollo en entre de 10 - 11 años	10-11 Años	10 a	11 a	A	N	N	N	S	1 - 2		
	016	Atención temprana para menores de 36 meses	0-3 Años	0 días	35 meses y 29 días	A	N	N	N	S	1 - 2		
	007	Suplemento de micronutrientes	0-4 Años	0 días	59 meses	A	N	N	N	S	1 - 2		
	005	Consejería nutricional para niñas o niños en riesgo nutricional y desnutrición	0-11 Años	0 días	11 años	A	N	N	N	S	1 - 2		
	008	Profilaxis antiparasitaria	2-14 años	2a	14a	A	N	N	N	S	1 - 2		
	019	Detección trastorno agudeza visual y ceguera	0-17 años	0 días	17a	A	N	S	S	S	1 - 2		
	017	Atención Integral del adolescente	12-17 Años	12a	17a	A	N	S	S	S	1 - 2		
	020	Salud Bucal	Todas las Edades	0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2		
	021	Prevención de caries	2 Años a +	6 meses	120a	A	N	S	S	S	1 - 2		
	022	Detección de problemas en Salud Mental	Todas las Edades	0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2		
	009	Atención prenatal	Gestante	9 a	60a	F	N	S	N	N	1 - 2		
	010	Atención del puerperio normal	Gestante	9 a	60a	F	N	N	S	N	1 - 2		
	011	Exámenes de laboratorio completo de la gestante	Gestante	9 a	60a	F	N	S	N	N	1 - 2		
	023	Detección precoz de cancer de prostata (PSA)	Adultos	45a	120a	M	N	N	N	N	S	1 - 2	
	025	Detección precoz de cancer de mama (Mamografía)		20a	120a	F	N	N	S	S	1 - 2		
	013	Exámenes de ecografía obstétrica	Mujer adolescente, joven y adulto	9 a	60a	F	N	S	N	N	1 - 2		
	015	Diagnóstico del embarazo		9 a	60a	F	N	S	S	S	1 - 2		
	024	Detección precoz de cáncer cérvico-uterino		9 a	65a	F	N	S	S	S	1 - 2		
	018	Salud reproductiva (planificación familiar)		9 a	60a	A	N	N	S	S	1 - 2		
	902	Atención Preconcepcional	Mujeres en edad reproductiva	18 a	45a	F	N	N	N	N	S	1 - 2	
	903	Atención Integral de Salud del Adulto Mayor	60 a más años	60 a	120 a	A	N	N	N	N	S	1 - 2	
	904	Atención Integral de Salud del Joven y Adulto	18 - 59 años	18 a	59 a	A	N	N	S	S	S	1 - 2	

REGLA DE CONSISTENCIA N° 01												
DENOMINACION: PRESTACIONES SEGÚN ETAPA DE VIDA, RANGOS DE EDAD MÍNIMA Y MÁXIMA, SEXO, PRESTACIONES CON HOSPITALIZACIÓN, REGIMEN/COMPONENTE Y LA CONSIDERACIÓN DE SI ES GESTANTE O PUÉRPERA.												
TIPO DE INTERVENCIÓN	COD. PREST.	PRESTACIONES	ETAPA DE VIDA y/o Grupo Etario. (Referencia)	EDAD MINIMA	EDAD MAXIMA	SEXO (A: ambos, F: femenino, M: masculino)	HOSPITALIZACION (SI: S, NO: N)	GESTANTE (S/N)	PUERPERA (S/N)	No Gestante ni Puerpera (S/N)	REGIMEN/COMPONENTE (***): Subsidado = "1" Semisubsidado or Semicontributivo (*)= "2"	ACCIÓN
RECUPERATIVA	050	Atención inmediata del recién nacido normal	RN menor de 29 días	0 días	2d	A	N	N	N	S	1 - 2	Habilita, de acuerdo a los códigos de prestación, los campos para registro de edad, sexo, hospitalización, gestante, puerpera, no gestante y no puerpera, zona de afiliación y régimen/componente. No permite grabar si sobrepasa el rango de edad
	051	Internamiento del RN con patología no quirúrgica		0 días	28d	A	S	N	N	S	1 - 2	
	052	Internamiento con intervención quirúrgica del RN		0 días	28d	A	S	N	N	N	S	
	054	Atención de parto vaginal	09 a 60 años	9 a	60a	F	S	S	N	N	1 - 2	
	055	Cesárea		9 a	60a	F	S	S	N	N	1 - 2	
	060	Consulta externa por profesionales no médicos ni odontólogos	Todas las Edades	0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2	
	056	Consulta externa		0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2	
	057	Obturación y curación dental simple		0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2	
	058	Obturación y curación dental compuesta		0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2	
	059	Extracción dental (exodoncia)		0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2	
	060	Atención extramural urbana y periurbana (Visita domiciliaria)		0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2	
	075	Atención extramural rural (Visita domiciliaria)		0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2	
	061	Atención en tópico		0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2	
	062	Atención por emergencia		0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2	
	063	Atención por emergencia con observación		0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2	
	064	Intervención medico-quirúrgica ambulatoria	0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2		
	065	Internamiento en EESS sin intervención quirúrgica	29 días	120a	A	S	S	S	S	1 - 2		
	066	Internamiento con intervención quirúrgica menor	29 días	120a	A	S	S	S	S	1 - 2		
	067	Internamiento con intervención quirúrgica mayor	29 días	120a	A	S	S	S	S	1 - 2		
	068	Internamiento con Estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	0 días	120a	A	S	S	S	S	1 - 2		
	069	Transfusión sanguínea o hemoderivados	0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2		
070	Atención odontológica especializada	0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2			
027	Tratamiento profiláctico a niños expuestos al VIH	Menores de 12 meses	0 días	12 meses	A	N	N	N	S	1 - 2		
053	Tratamiento de VIH-SIDA (0-19a)	0-19 Años	0 días	19a	A	N	S	S	S	1 - 2		
074	Tratamiento de ITS en adolescentes, adultos y adultos mayores	10 años a más	10a	120a	A	N	S	S	S	1 - 2		
S01 (****)	Complementario	Todas las Edades	0 días	120a	A	N	S	S	S	1		
026	Tratamiento profiláctico para gestante positiva a prueba rápida/ELISA VIH	Gestante	9 a	60a	F	N	S	S	N	1 - 2		
071	Apoyo al diagnóstico	Todas las Edades	0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2		
901	Apoyo al Tratamiento	Todas las Edades	0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2		
907	Atención por Telesalud	Todas las Edades	0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2		
908	Atención domiciliaria	Todas las Edades	0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2		

REGLA DE CONSISTENCIA Nº 01												
DENOMINACIÓN: PRESTACIONES SEGÚN ETAPA DE VIDA, RANGOS DE EDAD MÍNIMA Y MÁXIMA, SEXO, PRESTACIONES CON HOSPITALIZACIÓN, RÉGIMEN/COMPONENTE Y LA CONSIDERACIÓN DE SI ES GESTANTE O PUÉRPERA.												
TIPO DE INTERVENCIÓN	COD. PREST.	PRESTACIONES	ETAPA DE VIDA y/o Grupo Etario. (Referencia)	EDAD MÍNIMA	EDAD MÁXIMA	SEXO (A: ambos, F: femenino, M: masculino)	HOSPITALIZACIÓN (SI: S; NO: N)	GESTANTE (S/N)	PUÉRPERA (S/N)	No Gestante ni Puérpera (S/N)	RÉGIMEN/COMPONENTE (***): Substituido = "1" Semisubstituido o/ Semicontributivo (*)= "2"	ACCIÓN
REHABILITACIÓN	200	Atención de rehabilitación	Todas las Edades	0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2	
	900	Prótesis dental removible	A partir de 60 años a mas	60a	120a	A	N	S	S	S	1	
	111	Asignación por Alimentación	Gestante	9a	60a	F	S	S	S	N	1 - 2	
	117	Traslado de Emergencia	Todas las Edades	0 días	120a	A	N	S	S	S	1 - 2	
	112	Sepelio para Óbito fetal (Muerte Intraútero)	Intraútero (desde las 28 semanas de edad gestacional)	9a**	60 años**	F	N	S	S	N	1 - 2	
PRESTACION ADMINISTRATIVA	116	Sepelio para Recién Nacidos	RN (Nacimiento hasta de 28 días)	0 días	28 días	A	N	N	N	S	1 - 2	
	113	Sepelio para Niñas/os	De 29 días hasta 11 Años	29d	11a	A	N	S	S	S	1 - 2	
	114	Sepelio para Adolescentes y Adultos	De 12 años a más	12a	120a	A	N	S	S	S	1 - 2	

* SI: El campo DEBE ser marcado/llenado; NO: El campo NO debe ser marcado/llenado; OPCIONAL: El campo PUEDE ser marcado/llenado de corresponder al caso pero también puede ser dejado en blanco de NO corresponder.

PARA EL CASO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS:
 EDAD = (FECHA DE INGRESO) - (FECHA DE NACIMIENTO).
 Ejm: Si un niño nació el 03 de febrero del 2009 e ingresó el 05 de febrero del 2009, su edad será de 02 días.
 POR TANTO, PARA HOSPITALIZADOS, LA EDAD ESTARÁ SUPEDITADA A LA EDAD AL INGRESO DEL PACIENTE DADO POR LA FÓRMULA ANTERIOR. TENER ESTO EN CUENTA AL MOMENTO DE USAR EL CÓDIGO PRESTACIONAL DE INTERNAMIENTO DE RECÉN NACIDO C/ O S/ INTERV. OX (válido hasta los 28 días de vida) VS EL CÓDIGO PRESTACIONAL DE INTERNAMIENTO EN EESS C/ O S/ INTERV. OX (válido a partir de los 29 días de vida).

OPERATIVIZACIÓN DEL TÉRMINO "EDAD MÁXIMA":
 Para el caso de AÑOS, por ejemplo si edad máxima es 3 años, considerar a todos los niños menores de 4 años. Lo mismo para todos los casos en que la edad se fija en años.
 Para el caso de MESES, por ejemplo si edad máxima es 12 meses, considerar a todos los niños menores de 13 meses. Lo mismo para todos los casos en que la edad se fija en meses.
 Para el caso de DÍAS, por ejemplo si edad máxima es 28 Días, considerar a todos los niños menores de 29 días. Lo mismo para todos los casos en que la edad se fija en días.

OPERATIVIZACIÓN DEL TÉRMINO "EDAD MÍNIMA" EN EL CASO DE RANGOS:
 Para el caso que una prestación tenga un rango de Edad Mínima: 5 años y Edad Máxima: 10 años, se debe considerar de la siguiente manera: sera desde mayor o igual a 5 años hasta menor de 11 años.
 (*) Al Plan de cobertura NRUS, y SIS Independiente (RU 111-2015/SIS) se aplican las mismas reglas del Régimen Subsidiado.
 (**) Cuando los datos que van en el formato son los de la madre (Caso de óbito fetal).
 (***) Cuando este servicio se registre en el marco del Plan Mas Salud, el régimen o componente debe considerar 1 y 2.
 La condición obstétrica de Gestante (G) o Puérpera (P), solo se activa cuando el sexo es femenino para todos los servicios.

REGLA DE CONSISTENCIA N° 77

DENOMINACIÓN: COMBINACIÓN DE SERVICIOS PREVENTIVOS EN ATENCIONES INTEGRALES

AIS	DENOMINACIÓN	SERVICIOS PREVENTIVOS								ACCIÓN
		016	007	008	019	018	022	023	024	
002	Control del recién nacido con menos de 2,500 gr, prematuro, con secuelas al nacer	x	x		x					Habilita únicamente los servicios preventivos marcados
001	Control de crecimiento y desarrollo en menores entre 0-4 años	x	x	x	x		x			
118	Control de crecimiento y desarrollo en menores entre 5 - 9 años			x	x		x			
119	Control de crecimiento y desarrollo en entre de 10 - 11 años			x	x		x			
017	Atención integral del adolescente			x	x		x			
903	Atención integral de Salud del Adulto Mayor						x	x	x	
904	Atención integral de Salud del Joven y Adulto					x	x	x	x	
009	Atención prenatal						x		x	
010	Atención del puerperio normal					x	x		x	

ETAPA DE VIDA/ CONDICIÓN	EDAD	SIN ANEMIA VALORES DE HEMOGLOBINA (g/dL)	CON ANEMIA VALORES DE HEMOGLOBINA (g/dL)		
			LEVE	MODERADA	SEVERA
NIÑOS Prematuros , Bajo Peso al Nacer	1° Semana	>13.0			<= 13.0
	2° a 4° Semana	>10.0			<= 10.0
	5° a 8° Semana	>8.0			<= 8.0
	Menor de 2 meses	13.5 - 18.5			< 13.5
NIÑOS A Término	2 a 6 Meses	9.5 - 13.5			< 9.5
NIÑOS	6 Meses a 5 Años	>= 11.0			
	5 a 11 Años	>= 11.5	10.0 - 10.9	7.0 - 9.9	< 7.0
	12 a 14 Años (Varones y Mujeres)	>= 12.0	11.0 - 11.4	8.0 - 10.9	< 8.0
	15 años a más (Varones)	>= 13.0	11.0 - 11.9	8.0 - 10.9	< 8.0
ADOLESCENTES	15 años a más (Mujeres)	>= 12.0	11.0 - 12.9	8.0 - 10.9	< 8.0
	EG < 13 sem Ó EG > 28 sem	>= 11	10.0 - 10.99	7.0 - 9.9	< 7.0
	EG 13 sem - 28 sem	>= 10.5	10.0 - 10.49	7.0 - 9.9	< 7.0

ATENCIÓN DEL NIÑO

DENOMINACIÓN: PRESTACIONES CON REGISTRO DE DIAGNÓSTICO QUE DETERMINE ESTADO NUTRICIONAL, ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y SEGUIMIENTO		
SERVICIO	GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS	CÓDIGO CIE
005	Grupo A	Desnutrición proteico calórica severa, no especificada
		E43X
		Desnutrición proteico calórica moderada
		E440
	Grupo B	Obesidad debida a exceso de calorías
		E660
	Grupo C	Obesidad, no especificada
		E669
005	Grupo B	Retardo del desarrollo debido a desnutrición proteico calórica
	Grupo C	Historia personal de otros factores de riesgo, no clasificados en otra parte
	Grupo D	Anemia
		D538, D539, D649, D500, D508, D509

ATENCIÓN DEL ADOLESCENTE

REGLA DE CONSISTENCIA N° 27							
DENOMINACIÓN: PRESTACIONES CON REGISTRO DE DIAGNÓSTICO QUE DETERMINE ESTADO NUTRICIONAL, ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y SEGUIMIENTO							
Servicio	Grupo de Diagnóstico	Descripción del Diagnóstico	Código CIE	Criterio 1	Criterio 2	Acción	
017	Grupo A	Exámen del estado de desarrollo del Adolescente (Adolescente normal)	Z003		Registrar por lo menos uno de los diagnósticos descritos (*)	No dejar grabar las prestaciones si se incumplen los criterios	
		Desnutrición Proteico calórica Severa, No Especificada (Delgadez severa).	E43X				
	Grupo B	Historia personal de otros factores de riesgo, no clasificados en otra parte (Riesgo de desnutrición).	Z91.8	Diagnóstico mutuamente excluyente.			
		Desnutrición Proteico calórica Moderada (Delgadez)	E440				
		Obesidad debida a exceso de Calorías (sobrepeso)	E660				
		Obesidad, No especificada	E669				
		Grupo C	Retardo del Desarrollo debido a Desnutrición Proteico calórica (Talla baja)				E45X
	Estatura alta Constitucional (Talla alta)		E344				

ATENCIÓN PRENATAL

REGLA DE CONSISTENCIA N° 53

DENOMINACIÓN: CRITERIOS PARA REGISTRAR LOS DIAGNÓSTICOS

CIE10	Denominación	Edad Mínima	Edad Máxima	Condición Materna	Tipo
Z340	SUPERVISIÓN DE PRIMER EMBARAZO NORMAL	9 AÑOS	60 AÑOS	GESTANTE	Ingreso a Alta: Presuntivo, o Definitivo, o Repetido
Z348	SUPERVISIÓN DE OTROS EMBARAZOS NORMALES	9 AÑOS	60 AÑOS	GESTANTE	
Z349	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO NORMA NO ESPECIFICADO	9 AÑOS	60 AÑOS	GESTANTE	
Z350	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO CON HISTORIA DE ESTERILIDAD	9 AÑOS	60 AÑOS	GESTANTE	
Z351	SUPERVISIÓN DE EMBARAZON CON HISTORIA DE ABORTO	9 AÑOS	60 AÑOS	GESTANTE	
Z352	SUPERVISION DE EMBARAZO CON OTRO RIESGO EN LA HISTORIA OBSTÉTRICA O REPRODUCTIVA	9 AÑOS	60 AÑOS	GESTANTE	
Z353	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO CON HISTORIA DE INSUFICIENTE ATENCION PRENATAL	9 AÑOS	60 AÑOS	GESTANTE	
Z354	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO CON GRAN MULTIPARIDAD	9 AÑOS	60 AÑOS	GESTANTE	
Z355	SUPERVISIÓN DE PRIMIGESTA AÑOSA	9 AÑOS	60 AÑOS	GESTANTE	
Z356	SUPERVISIÓN DE PRIMIGESTA MUY JOVEN	9 AÑOS	60 AÑOS	GESTANTE	
Z358	SUPERVISIÓN DE OTROS EMBARAZOS DE ALTO RIESGO	9 AÑOS	60 AÑOS	GESTANTE	
Z359	SUPERVISIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	9 AÑOS	60 AÑOS	GESTANTE	

VACUNA	DIAGNÓSTICO	DOSIS	
		MÍNIMA	MÁXIMA
Vacuna BCG	Z232- NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA LA TUBERCULOSIS [BCG]	1	1
Vacuna DPT	Z271- NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA DIFTERIA-PERTUSSIS-TETANOS COMBINADOS [DPT]	1	2
Vacuna Antipolio Inyectable (IPV)	Z240 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA LA POLIOMIELITIS	1	3
Vacuna Antipolio Oral (APO)	Z240 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA LA POLIOMIELITIS	1	3
Vacuna Sarampión y Rubéola (SR)	Z275 - VACUNACION ANTISARAMPION-RUBEOLA	1	1
Vacuna contra Sarampión, Paperas y Rubéola (SPR)	Z274 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA SARAMPION-PAROTIDITIS-RUBEOLA- [SPR] [MMR]	1	2
Vacuna contra la varicela	Z258 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA OTRAS ENFERMEDADES VIRALES UNICAS ESPECIFICADAS	1	1
Vacuna contra la Hepatitis B en recién nacidos (HVB)	Z246 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA LA HEPATITIS VIRAL	1	1
Vacuna contra la Hepatitis B (HVB) mayores de 5 años	Z246 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA LA HEPATITIS VIRAL	1	3
Vacuna Haemophilus Influenzae tipo B (HIB)	Z251- NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA LA INFLUENZA [GRIPE]	1	2
Vacuna contra Rotavirus	Z258 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA OTRAS ENFERMEDADES VIRALES UNICAS ESPECIFICADAS	1	2
Vacuna Toxoide Diftetetano Pediátrico - DT	Z238 - NECESIDAD DE INMUNIZACION SOLO CONTRA OTRA ENFERMEDAD BACTERIANA	1	2
Vacuna DT Adultos	Z238- NECESIDAD DE INMUNIZACION SOLO CONTRA OTRA ENFERMEDAD BACTERIANA	1	3
Vacuna Pentavalente	Z278 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA OTRAS COMBINACIONES DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	1	3
Vacuna Anti Amarilla (AMA)	Z243 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA LA FIEBRE AMARILLA	1	1
Vacuna contra Neumococo	Z238- NECESIDAD DE INMUNIZACION SOLO CONTRA OTRA ENFERMEDAD BACTERIANA	1	3
Vacuna contra Influenza	Z251 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA LA INFLUENZA [GRIPE]	1	2
Vacuna contra el Virus de Papiloma Humano (VPH)	Z258 - NECESIDAD DE INMUNIZACION CONTRA OTRAS ENFERMEDADES VIRALES UNICAS ESPECIFICADAS	1	3

DIAGNÓSTICO	PRESTACIONES RECUPERATIVAS PRIORIZADAS	CIE 10	EDADES
Hipertensión arterial sin complicaciones,	Hipertensión esencial (primaria)	I10X	-
Diabetes mellitus sin complicaciones	Diabetes mellitus no insulín dependiente, sin mención de complicación	E119	
	Otras diabetes mellitus especificadas, sin mención de complicación.	E139	
	Otras diabetes mellitus especificadas.	E13X	-
	Diabetes mellitus, no especificada, sin mención de complicación.	E149	
	Diabetes mellitus, no especificada.	E14X	
Condiciones Mentales	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.	F10 A F19	8 A 60+
	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.	F20 A F29	7 a +
	Depresión trastornos del humor (afectivos)	F30 - F39	0 a +
	Ansiedad trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.	F40 - F49	1 a +
	Trastornos del desarrollo psicológico	F80 - F89	0 a +
	Trastorno de las emociones y de la conducta de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.	F90 - F98	4 a 18
	Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	F60 - F69	16 a +
	Retraso mental	F70 - F79	0 a +
	Alzheimer y otras demencias	G30	55 a +
		F00 - F09	51 a +
	Síndromes de maltrato	T74	
	Intoxicaciones voluntarias	X60 - X84	0 A +
	Agresiones varias	X85 - Y09	
	Trastornos de la ingestión de alimentos (anorexia y bulimia)	F50	12A +
Código de Servicio 908 Cuidados Paliativos Domiciliarios	Los diagnósticos y procedimientos, así como otras condiciones de Enfermedades No Transmisibles del MINSA en coordinación con el SIS.	x Ejemplo: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	

Centro de Salud Mental Comunitarios

Psiquiatra

Medico de Familia

*RNE

*Egresado

*RNE

*Egresado

1) DNI,

2) CMP,

3) Constancia de ingreso al Residenciado Médico

4) Constancia de Egreso al Residenciado Médico,

5) Declaración Jurada acerca de la veracidad de los documentos

REGLA DE CONSISTENCIA N° 61: REGISTRO DE DIAGNÓSTICOS DE ANEMIA EN RELACIÓN A LOS VALORES REGISTRADOS						
OBJETIVO: Obliga el registro del diagnóstico de anemia según norma; Optimiza la calidad de la información para toma de decisiones oportunas						
N°	EDAD	SEXO M=Masculino F=Femenino A= Ambos	VALOR DE HEMOGLOBINA	ACCIÓN 01	ACCIÓN 02	
4	4.1	A	>=11	Generar aviso "El valor de hemoglobina reportado se encuentra dentro los valores para la edad"		
	4.2		10 - 10.99	Generar aviso "El valor de hemoglobina reporta equivale a Anemia Leve para la edad. Registre el diagnóstico asociado".	No permite el ingreso si no registra algún diagnóstico de "anemia"	
	4.3		7 - 9.99	Generar aviso "El valor de hemoglobina reportado equivale a Anemia Moderada para la edad. Registre el diagnóstico asociado".		
	4.4		< 7	Generar aviso "El valor de hemoglobina reportado equivale a Anemia Severa para la edad. Registre el diagnóstico asociado".		


13

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°

[illegible]Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio

DIRESA JUNÍN

		PERÚ	Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud	ANEXO 1															
FORMATO UNICO DE ATENCIÓN - FUA																				
NUMERO DE FORMATO 170 19 01712453										INSTITUCIÓN EDUCATIVA					CÓDIGO					
INIC. PRIM. SEC. SECCIÓN TURNO																				
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																				
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS					NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN															
0000000608					C.S. CHILCA															
PERSONAL QUE ATIENDE					LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR											
DE LA IPRESS		X			CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X		AMBULATORIA		X		CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		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								
2		79459375			170		2			79459375										
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										
PAUCAR										GREGORIO										
PRIMER NOMBRE										OTROS NOMBRES										
ROSMERY																				
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA			ETNIA							
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO								79459375										
FEMENINO		X																		
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		2		5		0		DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1										
GESTANTE										DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2										
PUERPERA		FECHA DE FALLECIMIENTO								DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3										
DE 0 A 1 AÑO - RC 01 TOPE 1D-5M-18A - RC 13																				
FORMATO DE 24 HORAS																				
FECHA DE ATENCIÓN			DÍA		MES		AÑO		HORA		MINUTOS		SEGUNDOS							
2 5 0 9 2 0 1 9			9		15															
REPORTE VINCULADO		CÓD. AUTORIZACIÓN			N° FUA A VINCULAR			HOSPITALIZACIÓN		FECHA		DÍA		MES		AÑO				
								002		DE INGRESO										
										DE ALTA										
										DE CORTE ADMINISTRATIVO										
CONCEPTO PRESTACIONAL																				
ATENCIÓN DIRECTA		X		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASPASO		SEPELIO		NATIMUERTO		OBITO		OTRO				
				N° Autorización		N° Autorización														
						Monto \$/.														
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO																				
ALTA		CITA		X		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO		CONTRA REFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.		
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:																				
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS					NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE					N° HOJA DE REFER / CONTRARR.										
					ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14															
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS																				
PESO (Kg)		2,3		TALLA (cm)		43		P.A. (mmHg)				BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA				
DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		EVALUACIÓN INTEGRAL		ADULTO MAYOR		DPT		PAROTID		ANTINEUMOC				
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		1		PAB (cm)				APO		RUBEO		TETANICA				
EDAD GEST		APGAR 1*		R.N. PREMATURO		NO		TAP/ EEDP o TEPSI		SI		ASA		ROTAVIRUS		COMPLETAS				
ALTURA UTERINA		Corte Tardío de Córdon (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER		SI		CONSEJERÍA NUTRICIONAL		SI		SPR		ST ADULTO (N° DOSIS)		VPH				
PARTO VERTICAL				ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		NO		CONSEJERÍA INTEGRAL				SR		IPV		OTRA VACUNA				
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.				IMC (Kg/M²)				HVB		PENTAVAL						
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. ESTUDIANTE DE SALUD 8. POLITRANFUNDIDOS 9. DROGO DEPENDIENTES																				
DIAGNOSTICOS																				
N°		DESCRIPCIÓN								INGRESO		Grupo A		Grupo B		Grupo C				
										TIPO DE DX		CIE - 10								
1		HISTORIA PERSONAL DE OTROS FACTORES DE RIESGO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE								P		X		R		Z918				
2		ANEMIA POR DIFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION								P		X		R		D509				
3										P		D		R						
4										P		D		R						
N° DE DNI																				
10600562																				
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																				
LIBSETH DEL PILAR ARENALES DE LA CRUZ																				
N° DE COLEGIATURA																				
45756																				
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		6		ESPECIALIDAD				N° RNE				EGRESADO								
FIRMA																				
ASEGURADO																				
APODERADO																				
X																				
APODERADO:																				
NOMBRES Y APELLIDOS																				
ROSA VERA TORRES																				
DNI o CE DEL APODERADO:																				
40457898																				
Huella Digital del Asegurado o del Apoderado																				

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°		

[illegible][illegible][illegible]

REGISTRO DEL RESULTADO DE HB CON RANGO DE 1 a 30.00 (valor ajustado) - RC 31 / RC 61


PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO									
CÓDIGO	NOMBRE	UN	FE	EM	ES				

[illegible][illegible][illegible]

OBSERVACIONES	
---------------	--

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio

16 | DIRESA JUNÍN

		PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		ANEXO 1			
FORMATO UNICO DE ATENCIÓN - FUA											
				NUMERO DE FORMATO		INSTITUCIÓN EDUCATIVA		CÓDIGO			
				170 19 01712453							
				INIC. PRIM. SEC.		SECCIÓN		TURNO			
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS					NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN						
0000000608					C.S. CHILCA						
PERSONAL QUE ATIENDE					LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR		
DE LA IPRESS		X		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X		AMBULATORIA	
ITINERANTE						EXTRAMURAL		REFERENCIA		X	
OFERTA FLEXIBLE								EMERGENCIA			
DEL ASEGURADO / USUARIO											
IDENTIFICACIÓN			CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS			ASEGURADO DE OTRA IAFAS					
TDI			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD			DIRESA / OTROS			NUMERO		
2			79459375			170 2			79459375		
APELLIDO PATERNO						APELLIDO MATERNO					
PAUCAR						GREGORIO					
PRIMER NOMBRE						OTROS NOMBRES					
ROSMERY											
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA	
MASCULINO		X		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO						79459375	
FEMENINO											
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		0 3		0 3		2 0		1 9	
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO									
PUERPERA											
FORMATO DE 24 HORAS										DE 0 A 4 AÑO - RC 01	
FECHA DE ATENCIÓN										N° DE PRESTACIONES - RV 11	
DÍA		MES		AÑO		UPS		CO. PREST.		COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)	
0 3		0 9		2 0		1 9		10 15		001	
REPORTES VINCULADOS										COD. AUTORIZACIÓN	
CONCEPTO										N° FUA	
ATENCIÓN DIRECTA										X	
COB EXTRAORDINARIA										CARTA DE GARANTÍA	
N° Autorización										N° Autorización	
ALTA o CITADO - RC 04										Monto \$/.	
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO										REFERIDO	
ALTA										CITA	
X										HOSPITALIZACIÓN	
EMERGENCIA										CONSULTA EXTERNA	
CONTRA REFERIDO										FALLECIDO	
CORTE ADMINIS.											
SE REFIERE / CONTRAREFIERE A:										N° HOJA DE REFER / CONTRARR.	
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS										NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRAREFIERE	
ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14											
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS										VACUNAS N° DE DOSIS	
PESO (Kg)		8,52		TALLA (cm)		68,2		P.A. (mmHg)		BCG	
DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		ADULTO MAYOR		DPT	
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		6		PAB (cm)		1	
EDAD GEST		APGAR 1*		R.N. PREMATURO		NO		TAP/ EEDP o TEPSI		SI	
ALTURA UTERINA		APGAR 5*		BAJO PESO AL NACER		NO		CONSEJERIA NUTRICIONAL		SI	
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Córdon (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SEQUELA AL NACER		NO		CONSEJERIA INTEGRAL		SI	
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.				IMC (Kg/M²)		VACAM	
										TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	
										PAT. NOR.	
DIAGNOSTICOS										CIE 10 A UTILIZAR - RC 27	
N°										TIPO DE DX	
DESCRIPCIÓN										CIE - 10	
1 CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO (NIÑO NORMAL)										Z001	
2										P D R	
3										P D R	
4										P D R	
5										P D R	
N° DE DNI										NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	
10600562										LISBETH DEL PILAR ARENALES DE LA CRUZ	
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										N° RNE	
6										EGRESADO	
ESPECIALIDAD										N° RNE	
1. MÉDICO 2. FARMACÉUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICÓLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO										EGRESADO	
FIRMA										ASEGURADO	
ASEGURADO										APODERADO	
APODERADO										X	
APODERADO:										NOMBRES Y APELLIDOS	
ROSA VERA TORRES										40457898	
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										Huella Digital del Asegurado o del Apoderado	

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°		

PRODUCTOS FARMACEUTICOS / MEDICAMENTOS

[illegible]

INSUMOS	
---------	--

CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX
19698	MICROCUBETA DE PLASTICO DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO 10 uL	1	1	2
23445	LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE PEDIATRICA	1	1	2
11199	GUANTE DESCARTABLE AMBIDEXTRO A GRANEL TALLA GRANDE	1	1	1
11374	JERINGA DESCARTABLE 1 mL CON AGUJA 25 G X 1"	1	1	1

REGISTRO DEL RESULTADO DE HB CON RANGO DE 1 a 30.00 (valor ajustado) - RC 31 / RC 61

REGISTRO DEL RESULTADO DE HB CON RANGO DE 1 a 30.00 (valor ajustado) - RC 31 / RC 61

PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO

[illegible]

SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (PROCEDIMIENTOS)					
1.	Elaboración de la oferta técnica y económica	10%	10%	10%	10%
2.	Presentación y defensa de la oferta	10%	10%	10%	10%
3.	Evaluación de la oferta	10%	10%	10%	10%
4.	Firma del contrato	10%	10%	10%	10%
5.	Inicio de ejecución de obras	10%	10%	10%	10%
6.	Cierre de obra	10%	10%	10%	10%
7.	Mantenimiento post-obra	10%	10%	10%	10%
8.	Otros	10%	10%	10%	10%
Total		100%	100%	100%	100%

[illegible]

OBSERVACIONES	
---------------	--

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio

18 | DIRESA JUNÍN



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

ANEXO 1

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NUMERO DE FORMATO

1701901712453

INSTITUCIÓN EDUCATIVA

INIC.PRIM.SEC.

SECCIÓN

TURNO

CÓDIGO

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS

0000000608

NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN

C.S. CHILCA

PERSONAL QUE ATIENDE

DE LA IPRESS

X

CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE

ITINERANTE

OFERTA FLEXIBLE

LUGAR DE ATENCIÓN

INTRAMURAL

X

EXTRAMURAL

ATENCIÓN

AMBULATORIA

X

REFERENCIA

EMERGENCIA

REFERENCIA REALIZADA POR

CÓD. RENAES

NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE

N° HOJA DE REFERENCIA

IDENTIFICACION

TDI

2

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

79459375

CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS

DIRESA / OTROS

170

NÚMERO

279459375

ASEGURADO DE OTRA IAFAS

INSTITUCIÓN

COD. SEGURO

APPELLIDO PATERNO

PAUCAR

PRIMER NOMBRE

ROSMERY

APPELLIDO MATERNO

GREGORIO

OTROS NOMBRES

SEXO

MASCULINO

FEMENINO

X

FECHA

FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO

FECHA DE NACIMIENTO

03032019

FECHA DE FALLECIMIENTO

SALUD MATERNA

GESTANTE

PUERPERA

DIA

MES

AÑO

N° DE HISTORIA CLÍNICA

79459375

ETNIA

FECHA DE ATENCIÓN

DIA

03

MES

09

AÑO

2019

REPORTE VINCULADO

COD. AUTORIZACIÓN

N° FUA A

CONCEPTO

COB EXTRAORDINARIA

X

N° Autorización

CARTA DE GARANTÍA

N° Autorización

Monto S/.

ATENCIÓN DIRECTA

ALTA o CITADO - RC 04

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO

REFERIDO

ALTA

CITA

X

HOSPITALIZACIÓN

EMERGENCIA

CONSULTA EXTERNA

APOYO AL DIAGNÓSTICO

CONTRA RREFERIDO

FALLECIDO

CORTE ADMINIS.

SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS

NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE

N° HOJA DE REFER / CONTRARR.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS

PESO (Kg)

8,52

TALLA (cm)

68,2

P.A. (mmHg)

DE LA GESTANTE

CPN (N°)

EDAD GEST

ALTURA UTERINA

PARTO VERTICAL

CONTROL PUERP (N°)

DEL RECIEN NACIDO

EDAD GEST RN (SEM)

APGAR 1°

5°

Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)

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

CRED N°

6

PAB (cm)

R.N. PREMATURO

NO

TAP/ EEDP o TEPSI

SI

BAJO PESO AL NACER

NO

CONSEJERIA NUTRICIONAL

SI

ENFER. CONGENITA / SEQUELA AL NACER

NO

CONSEJERIA INTEGRAL

N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.

IMC (Kg/M²)

JOVEN Y ADULTO

EVALUACIÓN INTEGRAL

ADULTO MAYOR

VACAM

TAMIZAJE DE SALUD MENTAL

PAT. NOR.

VACUNAS N° DE DOSIS

BCG

INFLUENZA

ANTIAMARILICA

DPT

PAROTID

ANTINEUMOC

APO

1

RUBEO

ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGUN CORRESPONDA

ROTAVIRUS

COMPLETAS LA EDAD

SI

NO

SPR

NI ADULTO (N° DOSIS)

VPH

SR

IPV

OTRA VACUNA

HVB

PENTAVAL

3

DIAGNOSTICOS

CIE 10 A UTILIZAR - RC 27

N°

DESCRIPCIÓN

HISTORIA PERSONAL DE OTROS FACTORES DE RIESGO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE

ANEMIA POR DIFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION

TIPO DE DX

P

X

R

CIE - 10

Z918

D509

INGRESO

P

X

R

GRUPO B

Desnutrición Proteico calórica Severa, No Especificada (Delgadez severa)

291.8

Desnutrición Proteico calórica Moderada (Delgadez)

E640

Obesidad debida a exceso de Calorias (Sobrepeso)

E660

Obesidad, No especificada

E669

Retardo del Desarrollo debido a Desnutrición Proteico calórica (Talla baja)

E45X

Estatura alta (Constitucional) (Talla alta)

E344

N° DE DNI

10600562

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

LISBETH DEL PILAR ARENALES DE LA CRUZ

N° DE COLEGIATURA

45756

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

6

ESPECIALIDAD

N° RNE

EGRESADO

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

FIRMA

ASEGURADO

X

APODERADO

APODERADO:

NOMBRES Y APELLIDOS

ROSA VERA TORRES

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

DNI o CE DEL APODERADO:

40457898

Huella Digital del Asegurado o del Apoderado

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°		

PRODUCTOS FARMACEUTICOS / MEDICAMENTOS

[illegible]

INSUMOS									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

REGISTRO DEL RESULTADO DE HB CON RANGO DE 1 a 30.00 (valor ajustado) - RC 31 / RC 61

	PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO
--	-------------------------------------------------------

[illegible]





SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (PROCEDIMIENTOS)									
----------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

OBSERVACIONES									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio

20 DIRESA JUNÍN

		PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		ANEXO 1	
FORMATO UNICO DE ATENCIÓN - FUA									
				NÚMERO DE FORMATO		INSTITUCIÓN EDUCATIVA			CÓDIGO
				170	19	01712453			
				INIC.	PRIM.	SEC.	SECCIÓN		TURNO
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN					
0000000714				C.S. JUAN PARRA DEL RIEGO					
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR	
DE LA IPRESS		X		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X	
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	
2		62303899		170		2		62303899	
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO					
VERA				TORRES					
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES					
PERCY									
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO	
MASCULINO		X		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO		1		0	
FEMENINO				FECHA DE NACIMIENTO		0		7	
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		1		0		2	
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO		0		1		4	
PUERPERA									
N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA							
62303899									
DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1									
DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2									
DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3									
FORMATO DE 24 HORAS									
FECHA DE ATENCIÓN		DÍA		MES		AÑO		UPS	
1		0		0		8		2	
0		1		0		1		9	
REPORTE VINCULADO		CÓD. AUTORIZACIÓN		N° FUA					
10		15		118					
CONCEPTO									
ATENCIÓN DIRECTA		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA					
X		N° Autorización		N° Autorización					
ALTA o CITADO - RC 04		Monto \$/.							
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO									
ALTA		CITA		X		HOSPITALIZACIÓN		REFERIDO	
EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO		CONTRA REFERIDO		FALLECIDO	
CORTE ADMINIS.									
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARR.	
ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14									
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS									
PESO (Kg)		15		TALLA (cm)		102		P.A. (mmHg)	
DE LA GESTANTE		DEL RECÉN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		VACUNAS N° DE DOSIS	
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		BCG	
EDAD GEST		APGAR 1*		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPPI		INFLUENZA	
ALTURA UTERINA		Corte Tardío de Córdon (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERÍA NUTRICIONAL		PAROTID	
PARTO VERTICAL		N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		ENFER. CONGENITA / SEQUELA AL NACER		CONSEJERÍA INTEGRAL		ANTINEUMOC	
CONTROL PUERP (N°)		IMC (Kg/M²)		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		PAT. NOR.		RUBEO	
								ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGUN CORRESPONDA	
								ROTAVIRUS	
								ST ADULTO (N° DOSIS)	
								IPV	
								PENTAVAL	
								OTRA VACUNA	
								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. ESTUDIANTE DE SALUD 8. POLÍGRAFOS 9. DROGO DEPENDIENTES	
DIAGNOSTICOS									
N°		DESCRIPCIÓN		INGRESO		TIPO DE DX		CIE - 10	
1		CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO (NIÑO NORMAL)		P		X		Z001	
2				P		D		R	
3				P		D		R	
4				P		D		R	
5				P		D		R	
N° DE DNI									
10600562		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						N° DE COLEGIATURA	
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		6		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO	
LIBSBETH DEL PILAR ARENALES DE LA CRUZ									
1. MÉDICO 2. FARMACÉUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICÓLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO									
FIRMA				ASEGURADO		APODERADO		ROSA VERA TORRES	
				X					
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				APODERADO: NOMBRES Y APELLIDOS		40577898		Huella Digital del Asegurado o del Apoderado	
				DNI o CE DEL APODERADO:					

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°	
------------------------	--

[illegible]

INSUMOS	
---------	--

CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX
19698	MICROCUBETA DE PLASTICO DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO 10 uL	1	1	1
23445	LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE PEDIATRICA	1	1	1
11199	GUANTE DESCARTABLE AMBIDEXTRO A GRANEL TALLA GRANDE	1	1	1
	REGISTRO DEL RESULTADO DE HB CON RANGO DE 1 a 30.00 (valor ajustado) - RC 31 / RC 61			

REGISTRO DEL RESULTADO DE HB CON RANGO DE 1 a 30.00 (valor ajustado) - RC 31 / RC 61

PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO					

[illegible]

SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (PROCEDIMIENTOS)							

[illegible]

OBSERVACIONES	
---------------	--

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio

22 | DIRESA JUNÍN



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

ANEXO 1

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA												
NUMERO DE FORMATO				INSTITUCIÓN EDUCATIVA				CÓDIGO				
170		19		01712453		INIC.		PRIM.	SEC.			
						SECCIÓN		TURNO				
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD												
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN								
0000000714				C.S. JUAN PARRA DEL RIEGO								
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN	ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR					
DE LA IPRESS		X	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL	X	AMBULATORIA	X	CÓD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	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							
2	79459375	170	2	79459375	COD. SEGURO							
APELIDO PATERNO					APELIDO MATERNO							
PAUCAR					GREGORIO							
PRIMER NOMBRE					OTROS NOMBRES							
ROSMERY												
SEXO		FECHA		DIA	MES	ANO		N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA		
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO						79459375				
FEMENINO	X											
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		1	0	0	7	2	0	1	4	
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO										
PUERPERA												
FORMATO DE 24 HORAS										DE 5 A 9 AÑO - RC 01	N° DE PRESTACIONES - RV 11	
FECHA DE ATENCIÓN		DIA		MES	ANO		COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)		RANGO DE EDAD			
DIA	MES	ANO										
1	0	0	8	2	0	1	9	10	15	118		
REPORTE VINCULADO		COD. AUTORIZACIÓN		N° FUA								
CONCEPTO										OTRO		
ATENCIÓN DIRECTA		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA								
X		N° Autorización		N° Autorización								
ALTA o CITADO - RC 04				Monto \$/.								
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO										REFERIDO		
ALTA	CITA	X	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO		CONTRA RREFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:										N° HOJA DE REFER / CONTRARR.		
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE										
		ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14										
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS										VACUNAS N° DE DOSIS		
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)				BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA
15,5		102										
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		DPT		PARTID		ANTINEUMOC
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		EVALUACIÓN INTEGRAL		APO		RUBEO		MITETANICA
				1						ROTAVIRUS		COMPLETAS
EDAD GEST		APGAR 1*		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		ASA		NT ADULTO (N° DOSIS)		VPH
				NO		SI						
ALTURA UTERINA				BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL		VACAM				
				NO		SI						
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		TAMIAJE DE SALUD MENTAL		PAT. NOR.		
				NO								
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		GRUPO DE RIESGO HVB		GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABAJ. SEXUALES 3. HIJ 4. PRIVADO LIBERTAD 5. FF. AA. 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDIANTES DE SALUD 8. POLTRAFUNDIDOS 9. DROGO DEPENDIENTES		
DIAGNOSTICOS										CIE 10 A UTILIZAR - RC 27		
DESCRIPCIÓN		TIPO DE DX		INGRESO		CIE - 10		Grupo B		Grupo C		
HISTORIA PERSONAL DE OTROS FACTORES DE RIESGO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE		P X R				Z918		niño (Niño Normal)		niña (Niña Normal)		
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION		P X R				D509		Desnutrición Proteico calórica Severa, No Especificada (Delgadéz severa)		Desnutrición Proteico calórica Moderada (Delgadéz)		
		P D R						Obesidad debida a exceso de Calorías (Sobrepeso)		Obesidad, No especificada		
		P D R						Retardo del Desarrollo debido a Desnutrición Proteico calórica (Falta baja)		Estatura alta Constitucional (Falta alta)		
		P D R										
N° DE DNI		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		N° DE COLEGIATURA								
10600562		LIBSBETH DEL PILAR ARENALES DE LA CRUZ		45756								
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		6		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO				
FIRMA												
ASEGURADO		X										
APODERADO												

[illegible]Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio

DIRESA JUNÍN



PERÚ

Ministerio
de Salud

ANEXO 1

FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA												
		NUMERO DE FORMATO			INSTITUCION EDUCATIVA				CODIGO			
170		19		01712453			INIC. PRIM. SEC.		SECCION	TURNO		
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD												
CODIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCION								
0000000714				C.S. JUAN PARRA DEL RIEGO								
PERSONAL QUE ATIENDE			LUGAR DE ATENCION		ATENCION		REFERENCIA REALIZADA POR					
DE LA IPRESS	X	CODIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL		X	AMBULATORIA	X	COD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	N° HOJA DE REFERENCIA	
ITINERANTE			EXTRAMURAL			REFERENCIA						
OFERTA FLEXIBLE						EMERGENCIA						
DEL ASEGURADO / USUARIO												
IDENTIFICACION		CODIGO DEL ASEGURADO SIS				ASEGURADO DE OTRA IAFAS						
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS	NÚMERO	INSTITUCION								
2	62303899	170	2	62303899	COD. SEGURO							
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO								
VERA				TORRES								
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES								
PERCY												
SEXO	FECHA	DIA	MES	AÑO	N° DE HISTORIA CLINICA			ETNIA				
MASCULINO	X	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO					62303899					
FEMENINO												
SALUD MATERNA	FECHA DE NACIMIENTO	2	6	1	2	2	0	0	9	DNI / CNV / AFILIACION DEL RN 1		
GESTANTE	FECHA DE FALLECIMIENTO									DNI / CNV / AFILIACION DEL RN 2		
PUERPERA										DNI / CNV / AFILIACION DEL RN 3		
FORMATO DE 24 HORAS											DE 10 A 11 AÑO - RC 01	N° DE PRESTACIONES - RV 11
FECHA DE ATENCION	DIA	MES	AÑO	UPS	CO. PREST.	COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)	DIA	MES	AÑO			
2	6	1	2	2	0	1	9	10	15	119		
REPORTE VINCULADO	COD. AUTORIZACION											
CONCEPTO	COB EXTRAORDINARIA	CARTA DE GARANTIA										
ATENCION DIRECTA	X	N° Autorización		N° Autorización								
ALTA o CITADO - RC 04												
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO												
ALTA	CITA	X	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNOSTICO	CONTRA RREFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.			
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:												
CODIGO RENAES DE LA IPRESS	NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE											
ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14												
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS												
PESO (Kg)	24,1	TALLA (cm)	135,5	P.A. (mmHg)		BCG	INFLUENZA	ANTIAMARILICA				
DE LA GESTANTE	DEL RECIEN NACIDO	GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR	JOVEN Y ADULTO	EVALUACION INTEGRAL	ADULTO MAYOR	DPT	PAROTID	ANTINEUMOC				
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)	CRED N°	1	PAB (cm)		APO	RUBEO	TETANICA				
EDAD GEST	APGAR 1°	R.N. PREMATURO	NO	TAP/ EEDP o TEPSI	SI	ASA	ROTAVIRUS	COMPLETAS	SI	NO		
ALTURA UTERINA	APGAR 5°	BAJO PESO AL NACER	NO	CONSEJERIA NUTRICIONAL	SI	VACAM	NT ADULTO (N° DOSIS)	VPH				
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Cordón (2 a 3 min)	ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER	NO	CONSEJERIA INTEGRAL		SR	IPV	OTRA VACUNA				
CONTROL PUERP (N°)		N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		HVB	PENTAVAL					
						GRUPO DE RIESGO HVB						
DIAGNOSTICOS												
N°	DESCRIPCION	TIPO DE DX	INGRESO	CIE - 10								
1	CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO (NIÑO NORMAL)	P	X	R	Z001							
2		P	D	R								
3		P	D	R								
4		P										

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°

[illegible]

INSUMOS									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

REGISTRO DEL RESULTADO DE HB CON RANGO DE 1 a 30.00 (valor ajustado) - RC 31 / RC 61

PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO									
-------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (PROCEDIMIENTOS)						

[illegible]

OBSERVACIONES	

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio

DIRESA JUNÍN

PERÚ Ministerio de Salud Seguro Integral de Salud ANEXO 1

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA CÓDIGO

170 19 01712453

INIC. PRIM. SEC. SECCIÓN TURNO

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN

0000000714 C.S. JUAN PARRA DEL RIEGO

PERSONAL QUE ATIENDE LUGAR DE ATENCIÓN ATENCIÓN REFERENCIA REALIZADA POR

DE LA IPRESS CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE INTRAMURAL AMBULATORIA CÓD. RENAES NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE N° HOJA DE REFERENCIA

ITINERANTE OFERTA FLEXIBLE

EXTRAMURAL EMERGENCIA

DEL ASEGURADO / USUARIO

IDENTIFICACIÓN CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS ASEGURADO DE OTRA IAFAS

TDI N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD DIRESA / OTROS NÚMERO INSTITUCIÓN COD. SEGURO

2 79459375 170 2 79459375

APPELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO OTROS NOMBRES

PAUCAR GREGORIO

PRIMER NOMBRE ROSMERY

SEXO FECHA DÍA MES AÑO N° DE HISTORIA CLÍNICA ETNIA

MASCULINO FEMENINO X

FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO

FECHA DE NACIMIENTO 1 0 0 7 2 0 0 9

FECHA DE FALLECIMIENTO

679459375

FORMATO DE 24 HORAS DE 10 A 11 AÑO - RC 01 N° DE PRESTACIONES - RV 11

FECHA DE ATENCIÓN DÍA MES AÑO

2 6 1 2 2 0 1 9

10 15

119

REPORTE VINCULADO COD. AUTORIZACIÓN N° FUA A

CONCEPTO F COB EXTRAORDINARIA CARTA DE GARANTIA

ATENCIÓN DIRECTA X N° Autorización N° Autorización

ALTA o CITADO - RC 04

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO

ALTA CITA X HOSPITALIZACIÓN EMERGENCIA CONSULTA EXTERNA APOYO AL DIAGNÓSTICO CONTRA RREFERIDO FALLECIDO CORTE ADMINIS.

SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE N° HOJA DE REFER / CONTRARR.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS

PESO (Kg) 24,1 TALLA (cm) 135,5 P.A. (mmHg)

DE LA GESTANTE DEL RECIENTE NACIDO GASTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR

CPN (N°) EDAD GEST RN (SEM) CRED N° 1 PAB (cm) TAPI / EEDP o TEPISI SI

EDAD GEST APGAR 1° 5° R.N. PREMATURO NO CONSEJERIA NUTRICIONAL SI

ALTURA UTERINA PARTO VERTICAL Corte Tardío de Córdón (2 a 3 min) ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER NO CONSEJERIA INTEGRAL

CONTROL PUERP (N°) N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT. IMC (Kg/M²)

JOVEN Y ADULTO EVALUACIÓN INTEGRAL ADULTO MAYOR VACAM TAMIZAJE DE PAT. MENTAL NOR.

VACUNAS N° DE DOSIS

BCG INFLUENZA ANTAMARILICA

DPT PAROTID ANTINEUMOC

APO RUBEO COMPLETAS CORRESPONDA

ASA ROTAVIRUS COMPLETAS CORRESPONDA

SPR ET ADULTO (N° DOSIS) VPH

SR IPV OTRA VACUNA

HVB PENTAVAL

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

DIAGNOSTICOS CIE 10 A UTILIZAR - RC 27

N° DESCRIPCIÓN INGRESO TIPO DE DX CIE - 10

1 HISTORIA PERSONAL DE OTROS FACTORES DE RIESGO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE P X R Z918

2 ANEMIA POR DIFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION P X R D509

3

4

N° DE DNI 10600562 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN LISBETH DEL PILAR ARENALES DE LA CRUZ N° DE COLEGIATURA 45756

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 6 ESPECIALIDAD N° RNE EGRESADO

1. MÉDICO 2. FARMACÉUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICÓLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO

FIRMA ASEGURADO APODERADO

APODERADO: NOMBRES Y APELLIDOS ROSA VERA TORRES

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DNI o CE DEL APODERADO: 40457898 Huella Digital del Asegurado o del Apoderado

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO**FORMATO DE ATENCIÓN N°**[illegible]

FIRMA

ASEGURADO

APODERADO

APODERADO
NOMBRES Y APELLIDOS

DNI o CE DEL APODERADO

ROSA VERA TORRES

40577898



Huella Digital del
Asegurado o Apoderado



FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA																								
NUMERO DE FORMATO			INSTITUCIÓN EDUCATIVA				CÓDIGO																	
170	19	01712453	INIC.		PRIM.	SEC.	SECCIÓN		TURNO															
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																								
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS			NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN																					
0000000724			C.S. SAN JERONIMO																					
PERSONAL QUE ATIENDE			LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR																	
DE LA IPRESS			X		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X		AMBULATORIA		X		CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		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													
2			91213628				170		2		91213628		COD. SEGURO											
APELIDO PATERNO													APELIDO MATERNO											
CUBA													BRUNO											
PRIMER NOMBRE													OTROS NOMBRES											
DEREK																								
SEXO		FECHA		DIA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLINICA				ETNIA										
MASCULINO		X		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO						91213628														
FEMENINO																								
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		0		5		0		3		2		0		1		9						
GESTANTE																								
PUERPERA		FECHA DE FALLECIMIENTO																						
FORMATO DE 24 HORAS													DE 0 A 11 AÑOS - RC 01 TOPES (1D/4M/12A) - RC 13											
FECHA DE ATENCIÓN			DIA		MES		AÑO		UPS		COD. PRESTACION		CÓD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)		HOSPITALIZACIÓN		FECHA		DIA		MES		AÑO	
DIA			MES		AÑO												DE INGRESO							
0			5		0		9		2		0		1		9		11		0					
REPORTE VINCULADO			CÓD. AUTORIZACIÓN				N° FUA A VINCULAR																	
CONCEPTO PRESTACIONAL													SEPELIO											
ATENCIÓN DIRECTA		X		COB EXTRAORDINARIA				CARTA DE GARANTIA				TRASLADO		NATIMUERTO		OBITO		OTRO						
				N° Autorización				N° Autorización																
				Monto \$/.																				
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO													SE REFIERE / CONTRARRREFIERE A:											
ALTA		CITA		X		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO		CONTRA RREFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.						
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS													NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARRREFIERE						N° HOJA DE REFER / CONTRARR.					
ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14																								
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS													VACUNAS N° DE DOSIS											
PESO (Kg)		8,8		TALLA (cm)		67,1		P.A. (mmHg)				BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA								
DE LA GESTANTE				DEL RECIEN NACIDO				GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR				DPT		PAROTID		ANTINEUMOC								
CPN (N°)				EDAD GEST RN (SEM)				CRED N°		PAB (cm)		EVALUACIÓN INTEGRAL		APO		RUBEOLA		ANTITETANICA						
EDAD GEST				APGAR		1*		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		ADULTO MAYOR		ASA		ROTAVIRUS		COMPLETAS PARA LA EDAD						
ALTURA UTERINA								BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL		SI		SPR		DT ADULTO (N° DOSIS)		VPH						
PARTO VERTICAL				Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)				ENFER. CONGENITA / SEQUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		SR		IPV		OTRA VACUNA						
CONTROL PUERP (N°)								N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)				HBV		PENTAVAL								
DIAGNÓSTICOS													CIE 10 A UTILIZAR - RC 27											
N°		DESCRIPCIÓN		INGRESO		TIPO DE DX		CIE - 10																
1		HISTORIA PERSONAL DE OTROS FACTORES DE RIESGO, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE		P		X		R		Z918														
2				P		D		R																
3				P		D		R																
4				P		D		R																
				P		D		R																
N° DE DNI		10600562		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		LIBSETH DEL PILAR ARENALES DE LA CRUZ		N° DE COLEGIATURA		45756														
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN</																								

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°		

PRODUCTOS FARMACEUTICOS / MEDICAMENTOS	
1	1.1
2	2.1
3	3.1
4	4.1
5	5.1
6	6.1
7	7.1
8	8.1
9	9.1
10	10.1
11	11.1
12	12.1
13	13.1
14	14.1
15	15.1
16	16.1
17	17.1
18	18.1
19	19.1
20	20.1
21	21.1
22	22.1
23	23.1
24	24.1
25	25.1
26	26.1
27	27.1
28	28.1
29	29.1
30	30.1
31	31.1
32	32.1
33	33.1
34	34.1
35	35.1
36	36.1
37	37.1
38	38.1
39	39.1
40	40.1
41	41.1
42	42.1
43	43.1
44	44.1
45	45.1
46	46.1
47	47.1
48	48.1
49	49.1
50	50.1
51	51.1
52	52.1
53	53.1
54	54.1
55	55.1
56	56.1
57	57.1
58	58.1
59	59.1
60	60.1
61	61.1
62	62.1
63	63.1
64	64.1
65	65.1
66	66.1
67	67.1
68	68.1
69	69.1
70	70.1
71	71.1
72	72.1
73	73.1
74	74.1
75	75.1
76	76.1
77	77.1
78	78.1
79	79.1
80	80.1
81	81.1
82	82.1
83	83.1
84	84.1
85	85.1
86	86.1
87	87.1
88	88.1
89	89.1
90	90.1
91	91.1
92	92.1
93	93.1
94	94.1
95	95.1
96	96.1
97	97.1
98	98.1
99	99.1
100	100.1

[illegible]

INSUMOS	
---------	--

[illegible]

PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO	
-------------------------------------------------------	--

[illegible]

SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (PROCEDIMIENTOS)					
1.	Elaboración de la oferta técnica y económica	10%	10%	10%	10%
2.	Presentación y defensa de la oferta	10%	10%	10%	10%
3.	Evaluación de la oferta	10%	10%	10%	10%
4.	Firma del contrato	10%	10%	10%	10%
5.	Inicio de ejecución de obras	10%	10%	10%	10%
6.	Cierre de obra	10%	10%	10%	10%
7.	Mantenimiento post-obra	10%	10%	10%	10%
8.	Otros	10%	10%	10%	10%
Total		100%	100%	100%	100%

[illegible]

OBSERVACIONES	
---------------	--

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio

30 DIRESA JUNÍN



FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA											
NUMERO DE FORMATO				INSTITUCIÓN EDUCATIVA				CÓDIGO			
170		19		01712453		INIC. PRIM. SEC.		SECCIÓN TURNO			
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD											
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN							
0000000724				C.S. SAN JERONIMO							
PERSONAL QUE ATIENDE			LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR				
DE LA IPRESS			CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		CÓD. RENAES		N° HOJA DE REFERENCIA				
ITINERANTE			EXTRAMURAL		REFERENCIA						
OFERTA FLEXIBLE					EMERGENCIA						
DEL ASEGURADO / USUARIO											
IDENTIFICACIÓN			CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS			ASEGURADO DE OTRA IAFAS					
TDI			DIRESA / OTROS			INSTITUCIÓN					
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD			NÚMERO			COD. SEGURO					
2			91213628			170 2 91213628					
APELIDO PATERNO						APELIDO MATERNO					
CUBA						BRUNO					
PRIMER NOMBRE						OTROS NOMBRES					
DEREK											
SEXO		FECHA		DIA		MES		AÑO			
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO						N° DE HISTORIA CLINICA			
FEMENINO								91213628			
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		0 3		0 3		2 0 1 9			
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO						DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1			
PUERPERA								DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2			
DE 0 A 4 AÑOS - RC 01 =====TOPES (1D/1M/12A) - RC 13											
(*) El tope será 13 si la actividad Prematuro al nacer y/o bajo peso al nacer tienen como condición "SI", según regla de consistencia N° 5											
(**) El tope será de 2, siempre y cuando existe un registro hasta un máximo de 7 días antes de la fecha establecida. (A efectos de registro excepcional de la IPRESS).											
FECHA DE ATENCIÓN			DIA			MES			AÑO		
DIA			MES			AÑO			PRESTA. REGIONAL (ES)		
0 3			0 9			2 0 1 9			007		
REPORTE VINCULADO			CÓD. AUTORIZACIÓN			N° FUA A VINCULAR			HOSPITALIZACIÓN		
									DE INGRESO		
									DE ALTA		
									DE CORTE ADMINISTRATIVO		
CONCEPTO PRESTACIONAL											
ATENCIÓN DIRECTA		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTIA		TRASLADO		SEPELIO			
X		N° Autorización		N° Autorización				NATIMUERTO			
ALTA o CITADO - RC 04				Monto \$/.				OBITO			
								OTRO			
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO											
ALTA		CITA		HOSPITALIZACIÓN		REFERIDO		CONTRA RREFERIDO			
						EMERGENCIA		FALLECIDO			
						CONSULTA EXTERNA		CORTE ADMINIS.			
						APOYO AL DIAGNÓSTICO					
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:											
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARR.			
				ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14							
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS											
PESO (Kg)		8,8		TALLA (cm)		67,1		P.A. (mmHg)			
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		VACUNAS N° DE DOSIS			
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		EVALUACIÓN INTEGRAL		BCG			
EDAD GEST		APGAR 1*		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		INFLUENZA			
ALTURA UTERINA				BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL		ANTIAMARILICA			
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cordón (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		ANTINEUMOC			
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		RUBEOLA			
								ASAP			
								ROTAVIRUS			
								COMPLETAS PARA LA EDAD			
								SI NO			
								VPH			
								OTRA VACUNA			
DIAGNÓSTICOS											
N°		DESCRIPCIÓN				INGRESO		EGRESO			
						TIPO DE DX		CIE - 10			
1		OTRAS MEDIDAS PROFILACTICAS				P X R		Z298			
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					
10600562		LISBETH DEL PILAR ARENALES DE LA CRUZ				45756					
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		6		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO			
1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNOLÓGICO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO											
FIRMA											
ASEGURADO											
APODERADO											
APODERADO:											
NOMBRES Y APELLIDOS											
ROSA BRUNO TORRES											
40457898											
Huella Digital del Asegurado o del Aporado											



FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA																				
NUMERO DE FORMATO			INSTITUCIÓN EDUCATIVA			CÓDIGO														
170 19 01712453																				
INIC.			PRIM.			SEC.			SECCIÓN			TURNO								
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																				
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS					NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN															
0000000724					C.S. SAN JERONIMO															
PERSONAL QUE ATIENDE					LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR											
DE LA IPRESS		X	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE			INTRAMURAL		AMBULATORIA		X	CÓD. RENAES			NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE			N° HOJA DE REFERENCIA			
ITINERANTE						EXTRAMURAL		X	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										
2		91213628			170		2 91213628			COD. SEGURO										
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO										
CUBA										BRUNO										
PRIMER NOMBRE										OTROS NOMBRES										
DEREK																				
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA			ETNIA							
MASCULINO		X		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO						91213628										
FEMENINO																				
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		0		3		0		3		2		0		1		9		
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO																		
PUERPRA																				
FORMATO DE 24 HORAS																				
FECHA DE ATENCIÓN			DÍA		MES		AÑO		PRESTA.		ADICIONAL (ES)		HOSPITALIZACIÓN		MES		AÑO			
DÍA			MES		AÑO				007				DE INGRESO							
0			3		0		9		2		0		1		9					
REPORTE VINCULADO			CÓD. AUTORIZACIÓN						N° FUA A VINCULAR						DE ALTA					
															DE CORTE ADMINISTRATIVO					
CONCEPTO PRESTACIONAL																				
ATENCIÓN DIRECTA		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTIA		TRASLADO		SEPELIO		NATIMUERTO		OBITO		OTRO						
X		N° Autorización		N° Autorización																
ALTA o CITADO - RC 04				Monto \$/.																
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO																				
ALTA		CITA		X		HOSPITALIZACIÓN		REFERIDO		CONTRA RREFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.						
						EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO										
SE REFIERE / CONTRARRREFIERE A:																				
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS					NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARRREFIERE					N° HOJA DE REFER / CONTRARR.										
					ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14															
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS																				
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA										
DE LA GESTANTE		DEL RECIENTE NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		PAROTID		ANTINEUMOC										
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		RUBEOLA		ANTITETANICA										
EDAD GEST		APGAR		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		ASA		COMPLETAS PARA LA EDAD										
ALTURA UTERINA		1*		NO				SPR		SI NO										
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL		IPV		OTRA VACUNA										
CONTROL PUERP (N°)				ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		HV B												
				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		GRUPO DE RIESGO HV B		GRUPO DE RIESGO HV B: 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										
DIAGNÓSTICOS																				
N°		DESCRIPCIÓN				INGRESO				EGRESO										
						TIPO DE DX				CIE - 10										
1		OTRAS MEDIDAS PROFILACTICAS				P X R				Z298										
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										
10600562					LIBSBETH DEL PILAR ARENALES DE LA CRUZ					45756										
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					ESPECIALIDAD					EGRESADO										
6																				
FIRMA																				
ASEGURADO																				
APODERADO																				
APODERADO:																				
NOMBRES Y APELLIDOS																				
ROSA BRUNO TORRES																				
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION																				
DNI o CE DEL APODERADO:																				
40457898																				
Huella Digital del Asegurado o del Apoderado																				

FIRMA

ASEGURADO

APODERADO

APODERADO
NOMBRES Y APELLIDOS

DNI o CE DEL APODERADO


[Signature]

ROSA BRUNO TORRES

40577898



Huella Digital del
Asegurado o Apoderado




		PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		ANEXO 1															
FORMATO UNICO DE ATENCIÓN - FUA																							
				NÚMERO DE FORMATO			INSTITUCIÓN EDUCATIVA																
				170 19 01712453																			
				INIC. PRIM. SEC.			SECCIÓN TURNO																
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN																			
0000000724				C.S. SAN JERONIMO																			
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR															
DE LA IPRESS		X		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X		AMBULATORIA		X		CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		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													
2		80246840		170		2 80246840																	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO													
CUBA										BRUNO													
PRIMER NOMBRE										OTROS NOMBRES													
DEREK																							
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA											
MASCULINO		X								80246840													
FEMENINO																							
SALUD MATERNA		FECHA DE PARTO / FECHA DE PARTO		DÍA		MES		AÑO		DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1		DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2											
GESTANTE				2		6		0 2 2 0 1 6															
PUERPERA																							
FECHA DE ATENCIÓN										DE 2 A 14 AÑOS - RC 01=====TOPES (1D/1M/2A) - RC 13		(*) El tope será de 2, pero con intervalo de 6 meses (No considerar los 30 días primeros del intervalo).											
2 6 0 8 2 0 1 9																							
FECHA DE ATENCIÓN										DE LA		FORMATO DE 24 HORAS											
DÍA MES AÑO										UPS		COD. PRESTA.											
2 6 0 8 2 0 1 9										11 : 52		008											
REPORTE VINCULADO										CÓD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR											
CONCEPTO PRESTACIONAL										SEPELIO		TRASPASO											
ATENCIÓN DIRECTA		X		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASPASO		NATIMUERTO		OBITO		OTRO									
				N° Autorización		N° Autorización																	
						Monto S/.																	
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO										REFERIDO		CONTRA REFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.							
ALTA		CITA		X		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO											
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:										CÓDIGO RENAES 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		DIAGNOSTICOS		INGRESO		EGRESO							
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO		JOVEN Y ADULTO		BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA					
CPN (N°)						EDAD GEST RN (SEM)				CRED N°		PAB (cm)		EVALUACIÓN INTEGRAL		DPT		PAROTID		ANTINEUMOC			
EDAD GEST		APGAR 1°		5°		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERÍA NUTRICIONAL		ADULTO MAYOR		APO		RUBEOLA		ANTITETANICA			
ALTURA UTERINA						ENFER. CONGENITA / SEQUELA AL NACER		CONSEJERÍA INTEGRAL		VACAM		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		PAT. NOR.		ASA		ROTAVIRUS		COMPLETAS PARA LA EDAD			
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)								SR		DT ADULTO (N° DOSIS)		VPH			
CONTROL PUERP (N°)																HVB		PENTAVAL		OTRA VACUNA			
										GRUPO DE RIESGO HVB		GRUPO DE RIESGO HVB		GRUPO DE RIESGO HVB		GRUPO DE RIESGO HVB		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. ESTUDIANTE DE SALUD 8. POLTRAFUNDIDOS 9. DROGO DEPENDIENTES													
DIAGNOSTICOS										CIE 10 A UTILIZAR - RC 27		INGRESO		EGRESO									
N°		DESCRIPCIÓN		TIPO DE DX		CIE - 10		TIPO DE DX		CIE - 10													
1		OTRAS MEDIDAS PROFILACTICAS		P D R		Z298		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											
10600562										LISBETH DEL PILAR ARENALES DE LA CRUZ		45756											
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										N° RNE		EGRESADO											
6																							
ESPECIALIDAD										N° RNE		EGRESADO											
FIRMA										ASEGURADO		APODERADO											
												X											
APODERADO:										NOMBRES Y APELLIDOS		ROSA BRUNO TORRES											
DNI o CE DEL APODERADO:										40457898		Huella Digital del Asegurado o del Apoderado											
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																							




TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°

[illegible]

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio

		PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		ANEXO 1	
FORMATO UNICO DE ATENCIÓN - FUA									
				NÚMERO DE FORMATO		INSTITUCIÓN EDUCATIVA			CÓDIGO
				170	19	01712453			
				INIC.	PRIM.	SEC.	SECCIÓN		TURNO
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN					
0000000608				C.S. CHILCA					
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR	
DE LA IPRESS		X	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL	X	AMBULATORIA	X	CÓD. RENAES
ITINERANTE					EXTRAMURAL		REFERENCIA		N° HOJA DE 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				
2	80453256	170	2	80453256	COD. SEGURO				
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO				
CUBA					BRUNO				
PRIMER NOMBRE					OTROS NOMBRES				
GINA									
SEXO		FECHA		DÍA	MES	AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA	ETNIA
MASCULINO	X	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO						80453256	
FEMENINO									
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		1	5	0	1	2	0
GESTANTE									
PUERPERA		FECHA DE FALLECIMIENTO							
FORMATO DE 24 HORAS									
FECHA DE ATENCIÓN				DÍA	HORA	UPS	CÓD. PRESTACIÓN	CÓD. PRESTACIÓN(ES) ADICIONAL(ES)	HOSPITALIZACIÓN
DÍA	MES	AÑO		11	30		019		FECHA
1	5	0	1	2	0	1	9		DE INGRESO
									DE ALTA
									DE CORTE ADMINISTRATIVO
REPORTE VINCULADO				CÓD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR			
CONCEPTO PRESTACIONAL									
ATENCIÓN DIRECTA		X	COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASLADO		SEPELIO
			N° Autorización		N° Autorización				NATIMUERTO
									OBITO
									OTRO
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO									
ALTA	CITA	X	HOSPITALIZACIÓN	REFERIDO	CONTRA REFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.		
				EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO			
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:									
CÓDIGO RENAES 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)		VACUNAS N° DE DOSIS			
DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		BCG			
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°	PAB (cm)	INFLUENZA			
EDAD GEST		APGAR 1°	5°	R.N. PREMATURO	TAP/ EEDP o TEPPI	ANTIAMARILICA			
ALTURA UTERINA		Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER	CONSEJERIA NUTRICIONAL	PAROTID			
PARTO VERTICAL				ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER	CONSEJERIA INTEGRAL	ANTINEUMOC			
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.	IMC (Kg/M²)	ASA			
						ROTAVIRUS			
						DT ADULTO (N° DOSIS)			
						VPH			
						OTRA VACUNA			
						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. ESTUDANTES DE SALUD 8. POLITRANFUNDIDOS 9. DROGO DEPENDIENTES			
DIAGNOSTICOS									
N°	DESCRIPCIÓN					INGRESO		EGRESO	
						TIPO DE DX	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10
1	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION					P	X	D	R
2						P	D	R	
3						P	D	R	
4						P	D	R	
5						P	D	R	
N° DE DNI									
10600562		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						N° DE COLEGIATURA	
		LISBETH DEL PILAR ARENALES DE LA CRUZ						45756	
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		6	ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO		
1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO									
FIRMA					ASEGURADO				
					APODERADO				
					X				
APODERADO: NOMBRES Y APELLIDOS					ROSA BRUNO TORRES				
DNI o CE DEL APODERADO:					40457898				
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					Huella Digital del Asegurado o del Apoderado				
									

		PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		ANEXO 1	
FORMATO UNICO DE ATENCIÓN - FUA									
				NÚMERO DE FORMATO		INSTITUCIÓN EDUCATIVA		CÓDIGO	
				170 19 01712453					
				INIC. PRIM. SEC.		SECCIÓN		TURNO	
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN					
0000000608				C.S. CHILCA					
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR	
DE LA IPRESS		X		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X	
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	
2		80453256		170		2		80453256	
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO					
CUBA				BRUNO					
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES					
GINA									
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO	
MASCULINO		X		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO		1		2	
FEMENINO		X		FECHA DE NACIMIENTO		0		5	
SALUD MATERNA		FECHA DE FALLECIMIENTO		1		2		0	
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO		0		5		2	
PUERPERA		FECHA DE FALLECIMIENTO		0		5		0	
N° DE HISTORIA CLÍNICA		80453256		ETNIA					
DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1									
DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2									
DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3									
FECHA DE ATENCIÓN									
DÍA		MES		AÑO		FECHA		DÍA	
1		2		0		5		2	
0		1		9		11		30	
REPORTE VINCULADO		COD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR					
CONCEPTO PRESTACIONAL		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASPASO		SEPELIO	
ATENCIÓN DIRECTA		X		N° Autorización		N° Autorización		OTRO	
ALTA o CITADO - RC 04				Monto \$/.					
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO									
ALTA		CITA		X		HOSPITALIZACIÓN		CONTRA REFERIDO	
EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.	
SE REFIERE / CONTRAREFIERE A:									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRAREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARR.	
ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14									
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS									
PESO (Kg)		40		TALLA (cm)		140		P.A. (mmHg)	
100/60									
DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		ADULTO MAYOR	
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		80	
EDAD GEST		APGAR 1*		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		EVALUACIÓN INTEGRAL	
ALTURA UTERINA		5*		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERÍA NUTRICIONAL		VACAM	
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cerdón (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERÍA INTEGRAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		20	
DIAGNOSTICOS									
N°		DESCRIPCIÓN				INGRESO		EGRESO	
1		EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE (ADOLESCENTE NORMAL)				TIPO DE DX		TIPO DE DX	
2						CIE - 10		CIE - 10	
3						Z003		D	
4						D		R	
N° DE DNI									
10600562									
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
LISBETH DEL PILAR ARENALES DE LA CRUZ									
N° DE COLEGIATURA									
45756									
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		6		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO	
1. MÉDICO 2. FARMACÉUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICÓLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO									
FIRMA		ASEGURADO		APODERADO		X		ROSA BRUNO TORRES	
APODERADO: NOMBRES Y APELLIDOS		ROSA BRUNO TORRES		DNI o CE DEL APODERADO:		40457898		Huella Digital del Asegurado o del Apoderado	
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									

**Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio**

FIRMA






ASEGURADO

APODERADO

APODERADO
NOMBRES Y APELLIDOS

DNI o CE DEL APODERADO

Huella Digital del
Asegurado o Apoderado

		PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		ANEXO 1	
FORMATO UNICO DE ATENCIÓN - FUA									
				NUMERO DE FORMATO		INSTITUCIÓN EDUCATIVA			CÓDIGO
				170	19	01712453			
				INIC.	PRIM.	SEC.	SECCIÓN		TURNO
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN					
0000000609				P.S. AZAPAMPA					
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR	
DE LA IPRESS	<input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL	<input checked="" type="checkbox"/>	AMBULATORIA	<input checked="" type="checkbox"/>	CÓD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE
ITINERANTE				EXTRAMURAL		REFERENCIA			N° HOJA DE REFERENCIA
OFERTA FLEXIBLE						EMERGENCIA			
DEL ASEGURADO / USUARIO									
IDENTIFICACIÓN		CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS				ASEGURADO DE OTRA IAFAS			
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS	NUMERO		INSTITUCIÓN		COD. SEGURO		
2	41525846	170	2	41525846					
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO				
ROMERO					ORTIZ				
PRIMER NOMBRE					OTROS NOMBRES				
MAGDALENA									
SEXO		FECHA		DÍA	MES	AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA	
MASCULINO	<input checked="" type="checkbox"/>	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO						41525846	
FEMENINO	<input checked="" type="checkbox"/>								
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		2	7	0	1	1	9
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO							
PUERPERA									
FECHA DE ATENCIÓN									
DÍA	MES	AÑO		11	30	UPS		CÓD. PRESTACIÓN	CÓD. PRESTACIÓN(ES) ADICIONAL(ES)
1	2	0	1	2	0	1	9	021	
REPORTE VINCULADO		CÓD. AUTORIZACIÓN				N° FUA A VINCULAR			
CONCEPTO PRESTACIONAL									
ATENCIÓN DIRECTA		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASLADO		SEPELIO	
<input checked="" type="checkbox"/>		N° Autorización		N° Autorización				NATIMUERTO	
								OBITO	
								OTRO	
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO									
ALTA	CITA	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO	CONTRA REFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:									
CÓDIGO RENAES 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)		VACUNAS N° DE DOSIS			
DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		BCG			
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		INFLUENZA			
EDAD GEST		APGAR 1°		R.N. PREMATURO		ANTIAMARILICA			
ALTURA UTERINA		Corte Tardío de Cerdón (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER		PAROTID			
PARTO VERTICAL				ENFER. CONGÉNITA / SECUELA AL NACER		RUBEOLA			
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		ROTAVIRUS			
				IMC (Kg/M²)		COMPLETAS PARA LA EDAD			
						SI NO			
						VPH			
						OTRA VACUNA			
						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			
DIAGNÓSTICOS									
N°		DESCRIPCIÓN				INGRESO		EGRESO	
						TIPO DE DX		TIPO DE DX	
						CIE - 10		CIE - 10	
1		OTRAS MEDIDAS PROFILACTICAS				Z298		D R	
2						D R		D R	
3						D R		D R	
4						D R		D R	
5						D R		D R	
N° DE DNI									
89562417									
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
EDUARDO PAREDEZ ZELADA									
N° DE COLEGIATURA									
86542									
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		3	ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO		
1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO									
FIRMA					ASEGURADO				
					<input checked="" type="checkbox"/>				
APODERADO									
APODERADO:					APODERADO:				
NOMBRES Y APELLIDOS					NOMBRES Y APELLIDOS				
DNI o CE DEL APODERADO:					DNI o CE DEL APODERADO:				
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					Huella Digital del Asegurado o del Apoderado				
									

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

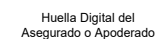
FORMATO DE ATENCIÓN N°

[illegible][illegible][illegible][illegible]

OBSERVACIONES	

x

DNI o CE DEL APODERADO





FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA									
NUMERO DE FORMATO				INSTITUCIÓN EDUCATIVA				CÓDIGO	
170		19		01712453		INIC. PRIM. SEC.		SECCIÓN TURNO	
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN					
0000000714				C.S. JUAN PARRA DEL RIEGO					
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR	
DE LA IPRESS		X		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X	
ITINERANTE						AMBULATORIA		X	
OFERTA FLEXIBLE						REFERENCIA			
						EMERGENCIA			
DEL ASEGURADO / USUARIO									
IDENTIFICACIÓN		CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS				ASEGURADO DE OTRA IAFAS			
TDI		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DIRESA / OTROS		NÚMERO		INSTITUCIÓN	
2		41525846		170		2		41525846	
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO					
ROMERO				ORTIZ					
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES					
MAGDALENA									
SEXO		FECHA		DIA		MES		AÑO	
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO						N° DE HISTORIA CLÍNICA	
FEMENINO		X						41525846	
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		2		7		0	
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO						1	
PUERPERA								1	
								9	
								9	
								8	
								DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1	
								DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2	
								DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3	
FORMATO DE 24 HORAS									
FECHA DE ATENCIÓN		DIA		MES		AÑO		HOSPITALIZACIÓN	
DIA		MES		AÑO		UPS		FECHA	
1		2		0		8		DIA	
2		0		1		9		MES	
15		30						AÑO	
COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL(ES)		022						DE INGRESO	
REPORTE VINCULADO		COD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR				DE ALTA	
								DE CORTE ADMINISTRATIVO	
CONCEPTO PRESTACIONAL									
ATENCIÓN DIRECTA		X		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTIA		SEPELIO	
				N° Autorización		N° Autorización		NATIMUERTO	
				Monto \$/.		TRASLADO		OBITO	
								OTRO	
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO									
ALTA		CITA		X		HOSPITALIZACIÓN		REFERIDO	
								CONTRA RREFERIDO	
								FALLECIDO	
								CORTE ADMINIS.	
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARR.	
				ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05					
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS									
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		BCG		VACUNAS N° DE DOSIS	
DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		DPT		INFLUENZA	
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		EVALUACIÓN INTEGRAL		PAROTID	
EDAD GEST		APGAR 1°		R.N. PREMATURO		ADULTO MAYOR		RUBEOLA	
ALTURA UTERINA		Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER		VACAM		ROTAVIRUS	
PARTO VERTICAL				ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		DT ADULTO (N° DOSIS)	
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		PAT. NAR		IPV	
				IMC (Kg/M²)		GRUPO DE RIESGO HVB		PENTAVAL	
								OTRA VACUNA	
DIAGNOSTICOS									
N°		DESCRIPCIÓN				INGRESO		EGRESO	
						CIE - 10		CIE - 10	
1		EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO				Z133		D R	
2						D R		D R	
3						D R		D R	
4						D R		D R	
N° DE DNI									
40234765									
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
BLANCA ROSA ARIAS									
N° DE COLEGIATURA									
70077									
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
8									
ESPECIALIDAD									
N° RNE									
EGRESADO									
1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNOLÓGICO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO									
FIRMA									
ASEGURADO									
APODERADO									
APODERADO:									
NOMBRES Y APELLIDOS									
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
DNI o CE DEL APODERADO:									
Huella Digital del Asegurado o del Apoderado									

FIRMA

ASEGURADO

APODERADO

APODERADO

NOMBRES Y APELLIDOS

DNI o CE DEL APODERADO

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio

Huella Digital del
Asegurado o Apoderado




FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA																							
NÚMERO DE FORMATO				INSTITUCIÓN EDUCATIVA				CÓDIGO															
170		19		01712453		INIC. PRIM. SEC.		SECCIÓN TURNO															
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																							
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN																			
0000000714				C.S. JUAN PARRA DEL RIEGO																			
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR															
DE LA IPRESS		X		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X		AMBULATORIA		X		CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		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															
2		41525846		170		2		41525846		COD. SEGURO													
APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO																			
ROMERO				ORTIZ																			
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES																			
MAGDALENA																							
SEXO		FECHA		DIA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA											
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO								41525846													
FEMENINO		X																					
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		2		7		0		1		1		9		9		8					
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO																					
PUERPERA																							
FORMATO DE 24 HORAS										TODAS LAS EDADES - RC 01		TOPES (1D/2M/4A) - RC 13											
FECHA DE ATENCIÓN				DIA		MES		AÑO		COD. PRESTAC.		CÓD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)		HOSPITALIZACIÓN		FECHA		DIA		MES		AÑO	
DIA				MES		AÑO										DE INGRESO							
1				2		0		8		2		0		1		9		15		30			
REPORTE VINCULADO				CÓD. AUTORIZACIÓN				N° FUA A VINCULAR								DE ALTA							
CONCEPTO PRESTACIONAL																DE CORTE ADMINISTRATIVO							
ATENCIÓN DIRECTA		X		COB EXTRAORDINARIA				CARTA DE GARANTIA				TRASLADO		SEPELIO									
				N° Autorización				N° Autorización						NATIMUERTO		OBITO				OTRO			
				Monto S/.																			
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO																							
ALTA		CITA		X		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO		CONTRA RREFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.					
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:																							
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE								N° HOJA DE REFER / CONTRARR.											
ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05																							
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS																							
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)																			
DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO																	
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		EVALUACIÓN INTEGRAL															
EDAD GEST		APGAR		1°		5°		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		ADULTO MAYOR											
ALTURA UTERINA								BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL		VACAM											
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cordón (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		X		NOR.											
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)																	
DIAGNOSTICOS										CIE 10 A UTILIZAR - RC 27													
N°		DESCRIPCIÓN								INGRESO		EGRESO											
										TIPO DE DX		CIE - 10		TIPO DE DX		CIE - 10							
1		EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO								P		X		R		Z133		D		R			
2		TRANSTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO								P		X		R		F99X		D		R			
3										P		D		R				D		R			
4										P		D		R				D		R			
N°																							

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°

[illegible]

DIRESA JUNÍN

		PERÚ	Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud	ANEXO 1																					
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA																										
NÚMERO DE FORMATO					INSTITUCIÓN EDUCATIVA					CÓDIGO																
170 19 01712453																										
INIC. PRIM. SEC.					SECCIÓN					TURNO																
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS					NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN																					
0000000608					C.S. CHILCA																					
PERSONAL QUE ATIENDE					LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR																	
DE LA IPRESS		<input checked="" type="checkbox"/>			CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		<input checked="" type="checkbox"/>		AMBULATORIA		<input checked="" type="checkbox"/>		CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		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											
2			70163814			170 2			70163814																	
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO																
RODRIGUEZ										ESPEJO																
PRIMER NOMBRE										MBRES																
JHOSELIN										REGISTRO OBLIGATORIO DE FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP>FEC. ATE. SI EG<40s) o (FPP>FEC. ATE. SI EG>=40 - RC 30)																
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA			ETNIA													
MASCULINO		<input checked="" type="checkbox"/>		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO		0 2		0 4		2 0		70163814														
FEMENINO		<input checked="" type="checkbox"/>																								
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		2 0		0 4		1 9		9 9		DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1														
GESTANTE		<input checked="" type="checkbox"/>										DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2														
PUERPERA												DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3														
FORMATO DE 24 HORAS																										
FECHA DE ATENCIÓN			DÍA			MES			AÑO			HOSPITALIZACIÓN			FECHA			DÍA			MES			AÑO		
0 9 0 8 2 0 1 9			9			15						009			DE INGRESO											
REPORTE VINCULADO			COD. AUTORIZACIÓN			N° FUA A VINCULAR									DE ALTA											
															DE CORTE ADMINISTRATIVO											
CONCEPTO PRESTACIONAL																										
ATENCIÓN DIRECTA		<input checked="" type="checkbox"/>		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASLADO		SEPELIO		NATIMUERTO		OBITO		OTRO										
				N° Autorización		N° Autorización		Monto \$/.																		
				CITADO - RC 04																						
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO																										
ALTA		<input checked="" type="checkbox"/>		CITA		<input checked="" type="checkbox"/>		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO		CONTRA REFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.						
SE REFIERE / CONTRAREFIERE A:																										
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS					NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRAREFIERE					N° HOJA DE REFER / CONTRARR.																
					ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14																					
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS																										
PESO (Kg)		64,7		TALLA (cm)		157		P.A. (mmHg)		110/60		VACUNAS			VACUNAS											
DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		ADULTO MAYOR		VACAM		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL			PAT. NOR.											
CPN (N°)		1		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		EVALUACIÓN INTEGRAL																
EDAD GEST		10		APGAR 1*		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPPI		ADULTO MAYOR																
ALTURA UTERINA		0		5*		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERÍA NUTRICIONAL		VACAM																
PARTO VERTICAL				Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERÍA INTEGRAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL																
CONTROL PUERP (N°)						N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		21																
DIAGNÓSTICOS																										
N°		DESCRIPCIÓN		INGRESO		EGRESO		CIE - 10		CIE - 10		CIE - 10		CIE - 10												
1		SUPERVISION DEL PRIMER EMBARAZO NORMAL		P D R		P D R		Z340		D R		D R		D R												
2				P D R		P D R				D R		D R		D R												
3				P D R		P D R				D R		D R		D R												
4				P D R		P D R				D R		D R		D R												
N° DE DNI		70344220		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		SHIRLEY FERNANDO ASTO		N° DE COLEGIATURA		36270		RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		5		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO						
1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO																										
FIRMA																										
ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/>																										
APODERADO <input type="checkbox"/>																										
APODERADO: NOMBRES Y APELLIDOS																										
DNI o CE DEL APODERADO:																										
Huella Digital del Asegurado o del Apoderado																										
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																										

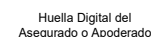
TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°

[illegible]

x





TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°

[illegible]

INSUMOS	
---------	--

CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX
16571	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE N° 7 1/2 (PAR)	1	1	1
21377	LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE ADULTO	1	1	1
19698	MICROCUBETA DE PLASTICO DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO 10 UI	1	1	1
12521	TIRA REACTIVA PARA ORINA	1	1	1
38027	PRUEBA RAPIDA PARA HEPATITIS B	1	1	1
22147	PRUEBA RAPIDA PARA SIFILIS (RPR)	1	1	1
22149	PRUEBA RAPIDA PARA VIH 1 - 2	1	1	1
30588	FRASCO COLECTOR PARA MUESTRA DE ORINA CON TAPA 100 mL	1	1	1

REGISTRO DEL RESULTADO DE HB CON RANGO DE 1 a 30.00 (valor ajustado) - RC 31

PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO									
-------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible][illegible][illegible]

OBSERVACIONES	
---------------	--

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio

DIRESA JUNÍN



FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA																																									
NÚMERO DE FORMATO					INSTITUCIÓN EDUCATIVA					CÓDIGO																															
170		19		01712453		INIC.		PRIM.		SEC.		SECCIÓN		TURNO																											
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																																									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS					NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN																																				
0000000608					C.S. CHILCA																																				
PERSONAL QUE ATIENDE					LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR																																
DE LA IPRESS		X		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X		AMBULATORIA		X		CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		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																																	
2		72723087		170		2		72723087		COD. SEGURO																															
APELIDO PATERNO						APELIDO MATERNO																																			
QUIÑONES						ROJAS																																			
PRIMER NOMBRE						OTROS NOMBRES																																			
LEANDRA						REGISTRO OBLIGATORIO DE FECHA DE PARTO (FPP<=FEC. ATE.) - RC 30																																			
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA																													
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO		2		9		0		72723087																															
FEMENINO		X		1		3		0																																	
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		1		3		0				DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1																													
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO										DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2																													
PUERPERA		X										DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3																													
FORMATO DE 24 HORAS															DE 9 A 60 AÑOS - RC 01 TOPES (1D/2M/2A) - RC 13																										
FECHA DE ATENCIÓN			DÍA			MES			AÑO			COD. PRESTA.			COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)			HOSPITALIZACIÓN			FECHA			DÍA			MES			AÑO											
0			5			0			9			2			0			1			9			11			15														
REPORTE VINCULADO			COD. AUTORIZACIÓN						N° FUA A VINCULAR																																
CONCEPTO PRESTACIONAL																																									
ATENCIÓN DIRECTA		X		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRaslADO		SEPELIO		NATIMUERTO		OBITO		OTRO																									
				N° Autorización		N° Autorización		Monto \$/.																																	
				ALTA o CITADO - RC 04																																					
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO																																									
ALTA		CITA		X		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO		CONTRA RREFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.																							
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:																																									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS					NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE										N° HOJA DE REFER / CONTRARR.																										
					ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14																																				
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS															VACUNAS N° DE DOSIS																										
PESO (Kg)		64,7		TALLA (cm)		157		P.A. (mmHg)		110/60		BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA																									
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		EVALUACIÓN INTEGRAL		DPT		PAROTID		ANTINEUMOC																											
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)				APO		RUBEOLA		ANTITETANICA																											
EDAD GEST		APGAR 1°		5°		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		ASA		ROTA VIRUS		COMPLETAS PARA LA EDAD		SI		NO																							
ALTURA UTERINA		7				BAJO PESO AL NACER		CONSEJERÍA NUTRICIONAL		SI/NO		VACAM		DT ADULTO (N° DOSIS)		VPH																									
PARTO VERTICAL				Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERÍA INTEGRAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		PAT. NOR.		SR		IPV		OTRA VACUNA																							
CONTROL PUERP (N°)		1				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		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															CIE 10 A UTILIZAR - RC 53																										
N°		DESCRIPCIÓN										INGRESO					EGRESO																								
												TIPO DE DX					CIE - 10					TIPO DE DX					CIE - 10														
1		SEGUIMIENTO POST PARTO DE RutINA										P					X					R					Z392					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																										
70344220																																									

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°		

PRODUCTOS FARMACEUTICOS / MEDICAMENTOS

[illegible]

INSUMOS									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX
16571	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE N° 7 1/2 (PAR)	1	1	1
21377	LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE ADULTO	1	1	1
19698	MICROCUBETA DE PLASTICO DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO 10 UI	1	1	1
	REGISTRO DEL RESULTADO DE HB CON RANGO DE 1 a 30.00 (valor ajustado) - RC 31 / RC 61			

REGISTRO DEL RESULTADO DE HB CON RANGO DE 1 a 30.00 (valor ajustado) - RC 31 / RC 61

PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO	
-------------------------------------------------------	--

[illegible]

SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (PROCEDIMIENTOS)	
----------------------------------------------	--

[illegible]

OBSERVACIONES	

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio

54 | DIRESA JUNÍN

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°

[illegible]

INSUMOS	
---------	--

CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX
16571	GUANTE PARA EXAMEN DESCARTABLE N° 7 1/2 (PAR)	1	1	1
21377	LANCETA RETRACTIL DESCARTABLE ADULTO	1	1	1
19698	MICROCUBETA DE PLASTICO DESCARTABLE PARA HEMOGLOBINOMETRO 10 UI	1	1	1

REGISTRO DEL RESULTADO DE HB CON RANGO DE 1 a 30.00 (valor ajustado) - RC 31 / RC 61

REGISTRO DEL RESULTADO DE HB CON RANGO DE 1 a 30.00 (valor ajustado) - RC 31 / RC 61

PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO

[illegible]

SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (PROCEDIMIENTOS)									
----------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--


[illegible]

OBSERVACIONES	
---------------	--

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio



Huella Digital del
Asegurado o Apoderado

		PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		ANEXO 1	
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA									
				NÚMERO DE FORMATO		INSTITUCIÓN EDUCATIVA			CÓDIGO
				170	19	01712453			
				INIC.	PRIM.	SEC.	SECCIÓN		TURNO
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN					
0000000608				C.S. CHILCA					
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR	
DE LA IPRESS		X	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL	X	AMBULATORIA	X	CÓD. RENAES
ITINERANTE					EXTRAMURAL		REFERENCIA		N° HOJA DE 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		
2	70163814	170	2	70163814					
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO				
RODRIGUEZ					ESPEJO				
PRIMER NOMBRE					MOMBRES				
JHOSELIN									
REGISTRO OBLIGATORIO DE FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP>FEC. ATE. SI EG<40s) o (FPP<FEC. ATE. SI EG>=40 - RC 30)									
SEXO		FECHA		DÍA	MES	AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA	
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO		0	2	0	1	2	0
FEMENINO	X								
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		2	0	0	4	1	9
GESTANTE	X	FECHA DE FALLECIMIENTO							
PUERPERA									
FORMATO DE 24 HORAS									
FECHA DE ATENCIÓN			FECHA		DI	ME	FECHA		DI
DÍA	MES	AÑO	FECHA		DI	ME	FECHA		DI
0	9	0	8	2	0	1	9	9	1
REPORTE VINCULADO			CÓD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR		HOSPITALIZACIÓN		
							FECHA		
							DE INGRESO		
							DE ALTA		
							DE CORTE ADMINISTRATIVO		
CONCEPTO PRESTACIONAL									
ATENCIÓN DIRECTA		X	COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASLADO		SEPELIO
			N° Autorización		N° Autorización				NATIMUERTO
									OBITO
									OTRO
CITADO o CONTRARREFERIDO - RC 04									
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO									
ALTA	CITA	X	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	REFERIDO	CONTRA REFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.	
					CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO			
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARR.	
				ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14					
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS									
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		VACUNAS N° DE DOSIS			
DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		BCG			
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)	EDAD GEST		CRED N°	PAB (cm)	INFLUENZA			
30	1*	5*	R.N. PREMATURO	TAP/ EEDP o TEPSI	EVALUACIÓN INTEGRAL	PAROTID			
ALTURA UTERINA	APGAR	1*	BAJO PESO AL NACER	CONSEJERÍA NUTRICIONAL	ADULTO MAYOR	RUBEOLA			
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Córdon (2 a 3 min)	ENFER. CONGÉNITA / SECUELA AL NACER	CONSEJERÍA INTEGRAL	TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	VACAM	ROTAVIRUS			
CONTROL PUERP (N°)	N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.	IMC (Kg/M²)	CONSEJERÍA INTEGRAL	PAT. NOR.	GRUPO DE RIESGO HVB	DT ADULTO (N° DOSIS)			
						COMPLETAS PARA LA EDAD			
						SI			
						NO			
						OTRA VACUNA			
						PENTAVAL			
						GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABAJAD. SEXUALES 3. HSH 4. PRIVADO LIBERTAD 5. FF. AA. 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDANTES DE SALUD 8. POLITRANFUNDIDOS 9. DROGO DEPENDIENTES			
DIAGNOSTICOS									
N°	DESCRIPCIÓN					INGRESO		EGRESO	
						TIPO DE DX	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10
1	EXAMEN DE LABORATORIO					P	X	D	2017
2						P	D	R	D
3						P	D	R	D
4						P	D	R	D
5						P	D	R	D
N° DE DNI									
45090677									
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
CARMEN CECILIA MALQUI HUAROC									
N° DE COLEGIATURA									
12531									
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		9	ESPECIALIDAD		N° RNE	EGRESADO			
FIRMA									
ASEGURADO		X	APODERADO						
APODERADO: NOMBRES Y APELLIDOS									
DNI o CE DEL APODERADO:									
Huella Digital del Asegurado o del Apoderado									
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°

[illegible]

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio



FORMULARIO UNICO DE ATENCION - FUA									
NUMERO DE FORMATO				INSTITUCION EDUCATIVA				CÓDIGO	
170		19		01712453		INIC. PRIM. SEC.		SECCIÓN TURNO	
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN					
0000000608				C.S. CHILCA					
PERSONAL QUE ATIENDE			LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR		
DE LA IPRESS			CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		
ITINERANTE			EXTRAMURAL		REFERENCIA		N° HOJA DE REFERENCIA		
OFERTA FLEXIBLE					EMERGENCIA				
DEL ASEGURADO / USUARIO									
IDENTIFICACIÓN		CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS				ASEGURADO DE OTRA IAFAS			
N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DIRESA / OTROS		NÚMERO		INSTITUCIÓN			
2		70163814		170 2		70163814		COD. SEGURO	
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO				
RODRIGUEZ					ESPEJO				
PRIMER NOMBRE					MBRES				
JHOSELIN					REGISTRO OBLIGATORIO DE FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP>FEC. ATE. SI EG<40s) o (FPP<FEC. ATE. SI EG>=40 - RC 30)				
SEXO		FECHA		DIA		MES		AÑO	
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO		0 2		0 1		2 0	
FEMENINO		2		0 0		4 1		9 9	
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		2 0		0 4		1 9	
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO							
PUERPERA									
PRIMER NOMBRE					N° DE HISTORIA CLÍNICA				
JHOSELIN					70163814				
SEXO					ETNIA				
MASCULINO									
FEMENINO									
SALUD MATERNA					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1				
GESTANTE					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2				
PUERPERA					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3				
FORMATO DE 24 HORAS									
FECHA DE ATENCIÓN									
DIA		MES		AÑO		FECHA		AÑO	
0 9		0 8		2 0		1 9		9 15	
REPORTE VINCULADO		COD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR		COD. PRESTAC.		COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)	
						011			
CONCEPTO PRESTACIONAL									
ATENCIÓN DIRECTA		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTIA		SEPELIO			
X		N° Autorización		N° Autorización		NATIMUERTO		OBITO	
				to SI.		OTRO			
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO									
ALTA		CITA		HOSPITALIZACIÓN		CONTRA RREFERIDO		CORTE ADMINIS.	
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARR.			
		ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14							
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS									
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		VACUNAS N° DE DOSIS			
DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		BCG		INFLUENZA	
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		DPT		ANTIAMARILICA	
EDAD GEST		APGAR 1°		R.N. PREMATURO		APO		PAROTID	
ALTURA UTERINA		Corte Tardío de Cordón (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER		ASA		RUBEOLA	
PARTO VERTICAL				ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		SPR		ROTAVIRUS	
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		SR		COMPLETAS PARA LA EDAD	
				IMC (Kg/m²)		HVB		DT ADULTO (N° DOSIS)	
						GRUPO DE RIESGO HVB		VPH	
								OTRA VACUNA	
DIAGNOSTICOS									
N°		DESCRIPCIÓN				INGRESO		EGRESO	
						TIPO DE DX		CIE - 10	
1		EXAMEN DE LABORATORIO				P X 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									
45090677									
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION									
CARMEN CECILIA MALQUI HUAROC									
N° DE COLEGIATURA									
12531									
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
9 ESPECIALIDAD									
N° RNE									
EGRESADO									
1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNOLÓGICO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO									
FIRMA									
ASEGURADO									
APODERADO									
APODERADO:									
NOMBRES Y APELLIDOS									
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION									
DNI o CE DEL APODERADO:									
Huella Digital del Asegurado o del Apoderado									

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°

[illegible]

DIRESA JUNÍN



FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA																																			
NUMERO DE FORMATO				INSTITUCION EDUCATIVA				CODIGO																											
170		19		01712453		INIC. PRIM. SEC.		SECCION		TURNO																									
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																																			
CODIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCION																															
0000000608				C.S. CHILCA																															
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCION		ATENCION		REFERENCIA REALIZADA POR																											
DE LA IPRESS		X		CODIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X		AMBULATORIA		COD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		N° HOJA DE REFERENCIA																			
ITINERANTE						EXTRAMURAL				REFERENCIA		X		609		P.S. AZAPAMPA		5654																	
OFERTA FLEXIBLE										EMERGENCIA																									
DEL ASEGURADO / USUARIO																																			
IDENTIFICACION				CODIGO DEL ASEGURADO SIS				ASEGURADO DE OTRA IAFAS																											
TDI		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DIRESA / OTROS		NUMERO		INSTITUCION																											
2		70163814		170		2		70163814		COD. SEGURO																									
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO																															
RODRIGUEZ				ESPEJO																															
PRIMER NOMBRE				MBRES																															
JHOSELIN																																			
REGISTRO OBLIGATORIO DE FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP>FEC. ATE. SI EG<40s) o (FPP<FEC. ATE. SI EG>=40 - RC 30)																																			
SEXO		FECHA		DIA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLINICA		ETNIA																							
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO		0		3		2		0		2		0		70163814																			
FEMENINO		X																																	
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		2		0		0		4		1		9		9		1																	
GESTANTE		X																																	
PUERPERA																																			
FORMATO DE 24 HORAS												DE 9 A 60 AÑOS - RC 01 TOPES (1D/1M/03A) - RC 13																							
FECHA DE ATENCION				FECHA				UPS				COD. PRESTA.				COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)				HOSPITALIZACION															
DIA		MES		AÑO		DIA		MES		AÑO		DIA		MES		AÑO		DIA		MES		AÑO													
0		1		0		9		2		0		1		9		9		15		011															
REPORTE VINCULADO				COD. AUTORIZACION				N° FUA A VINCULAR																											
CONCEPTO PRESTACIONAL																																			
ATENCION DIRECTA		X		COB EXTRAORDINARIA				CARTA DE GARANTIA				SEPELIO																							
				N° Autorizacion				N° Autorizacion				TRaslADO																							
				Monto S/.				Monto S/.				NATIMUERTO				OBITO				OTRO															
CITADO o CONTRARREFERIDO - RC 04																																			
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO																																			
REFERIDO				CONTRA RREFERIDO				X				FALLECIDO				CORTE ADMINIS.																			
ALTA				CITA				HOSPITALIZACION				EMERGENCIA				CONSULTA EXTERNA				APOYO AL DIAGNOSTICO															
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:																																			
CODIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARR.																											
0000000609				P.S. AZAPAMPA				9234																											
ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14																																			
PESO (Kg)				C.M.				P.A. (mmHg)				VACUNAS N° DE DOSIS																							
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR				JOVEN Y ADULTO				BCG				INFLUENZA				ANTIAMARILICA															
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°				PAB (cm)				EVALUACION INTEGRAL				DPT				PARTID				ANTINEUMOC											
EDAD GEST		13		APGAR				1°				5°				ASA				RUBEOLA				ANTITETANICA											
ALTURA UTERINA		Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER				CONSEJERIA NUTRICIONAL				VACAM				SPR				ROTAVIRUS				COMPLETAS PARA LA EDAD				SI				NO			
PARTO VERTICAL				ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER				CONSEJERIA INTEGRAL				TAMIZAJE DE SALUD MENTAL				PAT. NOR.				SR				IPV				OTRA VACUNA							
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.				IMC (Kg/M²)								GRUPO DE RIESGO HVB				GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABAJAD. SEXUALES 3. HSH 4. PRIVADO LIBERTAD 5. F.F. AA. 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDIANTES DE SALUD 8. POLITRANFUNDIDOS 9. DROGO DEPENDIENTES															
DIAGNOSTICOS																																			
N°		DESCRIPCION						INGRESO				EGRESO																							
								TIPO DE DX				CIE - 10				TIPO DE DX				CIE - 10															
1		PESQUISA PRENATAL, SIN OTRA ESPECIFICACION						P				X				R				Z369				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 ATENCION				N° DE COLEGIATURA																											
45090677				ARMANDO CASAS ROJAS				12531																											
RESPONSABLE DE LA ATENCION				1				ESPECIALIDAD																											



FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA																																	
NUMERO DE FORMATO				INSTITUCION EDUCATIVA				CODIGO																									
170		19		01712453		INIC. PRIM. SEC.		SECCION TURNO																									
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																																	
CODIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCION																													
0000000624				C.S. SAN JERONIMO																													
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCION		ATENCION		REFERENCIA REALIZADA POR																									
DE LA IPRESS		X		CODIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X		AMBULATORIA		X		COD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		N° HOJA DE REFERENCIA															
ITINERANTE						EXTRAMURAL				REFERENCIA																							
OFERTA FLEXIBLE										EMERGENCIA																							
DEL ASEGURADO / USUARIO																																	
IDENTIFICACION				CODIGO DEL ASEGURADO SIS				ASEGURADO DE OTRA IAFAS																									
TDI		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DIRESA / OTROS		NUMERO		INSTITUCION																									
2		72402214		170		2		72402214		COD. SEGURO																							
APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO																													
ARAUJO				PEREZ																													
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES																													
KATERINE																																	
SEXO		FECHA		DIA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLINICA		ETNIA																					
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO								72402214																							
FEMENINO		X																															
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		0		8		0		2		1		9		9		5															
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO																															
PUERPERA																																	
FORMATO DE 24 HORAS										DE 9 A 60 AÑOS - RC 01 TOPES (1D/1M/6A) - RC 13																							
FECHA DE ATENCION				DIA		MES		AÑO		COD. PRESTA.		COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)		HOSPITALIZACION		FECHA		DIA		MES		AÑO											
DIA		MES		AÑO						015						DE INGRESO																	
1		1		03		2		0		1		9		9		15																	
REPORTE VINCULADO				COD. AUTORIZACION				N° FUA A VINCULAR						DE ALTA																			
														DE CORTE ADMINISTRATIVO																			
CONCEPTO PRESTACIONAL																																	
ATENCION DIRECTA		X		COB EXTRAORDINARIA				CARTA DE GARANTIA				TRaslADO		SEPELIO		NATIMUERTO		OBITO		OTRO													
				N° Autorizacion				N° Autorizacion																									
				Monto S/.				Monto S/.																									
CITADO o CONTRARREFERIDO - RC 04																																	
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO																																	
ALTA		CITA		X		HOSPITALIZACION		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNOSTICO		CONTRA RREFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.															
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:																																	
CODIGO RENAES 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)		BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA																							
DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		DPT		PAROTID		ANTINEUMOC																					
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		EVALUACION INTEGRAL		APO		RUBEOLA		ANTITETANICA																			
EDAD GEST		APGAR 1°		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		ADULTO MAYOR		ASA		ROTAVIRUS		COMPLETAS PARA LA EDAD		SI		NO															
ALTURA UTERINA				BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL		VACAM		SPR		DT ADULTO (N° DOSIS)		VPH																			
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cordón (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		SR		IPV		OTRA VACUNA																			
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		PAT. NOR.		HVB		PENTAVAL																					
DIAGNOSTICOS										GRUPO DE RIESGO HVB																							
N°		DESCRIPCION								INGRESO				EGRESO																			
										TIPO DE DX				CIE - 10				TIPO DE DX				CIE - 10											
1		EMBARAZO (AUN) NO CONFIRMADO								P				X				R				Z320				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 ATENCION								N° DE COLEGIATURA																							
45090677		CARMEN CECILIA MALQUI HUAROC								12531																							
RESPONSABLE DE LA ATENCION		5		ESPECIALIDAD																													




FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA									
NUMERO DE FORMATO									
170		19		01712453		INSTITUCION EDUCATIVA			
						CÓDIGO			
						INIC.		PRIM. SEC.	
						SECCIÓN		TURNO	
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS					NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN				
0000000624					C.S. SAN JERONIMO				
PERSONAL QUE ATIENDE			LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR		
DE LA IPRESS X			CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL X		AMBULATORIA X		CÓD. RENAES
ITINERANTE					EXTRAMURAL		REFERENCIA		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE
OFERTA FLEXIBLE							EMERGENCIA		N° HOJA DE REFERENCIA
DEL ASEGURADO / USUARIO									
IDENTIFICACIÓN			CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS				ASEGURADO DE OTRA IAFAS		
TDI			N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD				INSTITUCIÓN		
2			40969161				COD. SEGURO		
			DIRESA / OTROS						
			NÚMERO						
			170 2 40969161						
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO				
PELAYO					PECHO				
PRIMER NOMBRE					OTROS NOMBRES				
MERY									
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO	
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO						N° DE HISTORIA CLÍNICA	
FEMENINO X								40969161	
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		2		3		0	
GESTANTE				7		1		9	
PUERPRA		FECHA DE FALLECIMIENTO		8		1		1	
								DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1	
								DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2	
								DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3	
FORMATO DE 24 HORAS									
DE 9 A 65 AÑOS - RC 01 TOPES (1D/1M/A) - RC 13									
FECHA DE ATENCIÓN			DÍA		MES		AÑO		HOSPITALIZACIÓN
DÍA MES AÑO			9 : 15		UPS		COD. PRESTA.		FECHA
1 2 0 9 2 0 1 9							024		DE INGRESO
REPORTE VINCULADO			COD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR				DE ALTA
									DE CORTE ADMINISTRATIVO
CONCEPTO PRESTACIONAL									
ATENCIÓN DIRECTA X		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTIA		TRASLADO		SEPELIO	
		N° Autorización		N° Autorización				NATIMUERTO	
		Monto S/.		Monto S/.				OBITO	
								OTRO	
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO									
REFERIDO									
ALTA		CITA X		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA	
						APOYO AL DIAGNOSTICO		CONTRA RREFERIDO	
								FALLECIDO	
								CORTE ADMINIS.	
SE REFIERE / CONTRARRREFIERE A:									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS			NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARRREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARR.		
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS									
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		VACUNAS N° DE DOSIS			
DE LA GESTANTE		DEL RECIENTE NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		BCG			
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		INFLUENZA			
EDAD GEST		APGAR 1° 5°		R.N. PREMATURO		ANTIAMARILICA			
ALTURA UTERINA				BAJO PESO AL NACER		PAROTID			
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		ANTINEUMOC			
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		RUBEOLA			
				IMC (Kg/M²)		ANTITETANICA			
						ROTAVIRUS			
						COMPLETAS PARA LA EDAD			
						SI NO			
						VPH			
						IPV			
						OTRA VACUNA			
						GRUPO DE RESGO 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	
1		EXAMEN GINECOLOGICO DE Rutina				P X R		Z014	
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									
45090677									
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION									
CARMEN CECILIA MALQUI HUAROC									
N° DE COLEGIATURA									
12531									
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
5 ESPECIALIDAD									
N° RNE									
EGRESADO									
1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNOLÓGICO MEDICO 10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO									
FIRMA									
ASEGURADO X									
APODERADO									
APODERADO:									
NOMBRES Y APELLIDOS									
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION									
DNI o CE DEL APODERADO:									
Huella Digital del Asegurado o del Apoderado									



FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA																																	
NÚMERO DE FORMATO				INSTITUCIÓN EDUCATIVA				CÓDIGO																									
170		19		01712453		INIC. PRIM. SEC.		SECCIÓN TURNO																									
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																																	
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN																													
0000000624				C.S. SAN JERONIMO																													
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR																									
DE LA IPRESS		X		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X		AMBULATORIA		X		CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		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																									
2		40969161		170		2		40969161		COD. SEGURO																							
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO																													
PELAYO				PECHO																													
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES																													
MERY																																	
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA																					
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO								40969161																							
FEMENINO		X																															
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		2		3		0		7		1		9		8		1															
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO																															
PUERPERA																																	
FORMATO DE 24 HORAS										DE 9 A 65 AÑOS - RC 01 TOPES (1D/1M/1A) - RC 13																							
FECHA DE ATENCIÓN				DÍA		MES		AÑO		COD. PRESTA.		COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)		HOSPITALIZACIÓN		FECHA		DÍA		MES		AÑO											
DÍA				MES		AÑO										DE INGRESO																	
1				2		0		9		2		0		1		9		9		15													
REPORTE VINCULADO				COD. AUTORIZACIÓN				N° FUA A VINCULAR								DE ALTA																	
CONCEPTO PRESTACIONAL										SEPELIO																							
ATENCIÓN DIRECTA		X		COB EXTRAORDINARIA				CARTA DE GARANTIA				TRASLADO		NATIMUERTO		OBITO		OTRO															
				N° Autorización				N° Autorización																									
				Monto \$/.																													
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO										SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:																							
ALTA		CITA		X		HOSPITALIZACIÓN		REFERIDO		CONTRA RREFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.																			
								EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO																					
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS										NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE										N° HOJA DE REFER / CONTRARR.													
0000000624																																	
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS										VACUNAS N° DE DOSIS																							
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA																							
DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		DPT		PAROTID		ANTINEUMOC																					
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		EVALUACIÓN INTEGRAL		APO		RUBEOLA		ANTITETANICA																			
EDAD GEST		APGAR		1*		5*		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		ASA		ROTAVIRUS		COMPLETAS PARA LA EDAD		SI		NO													
ALTURA UTERINA		Corte Tardío de Cordón (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL		ADULTO MAYOR		VACAM		SPR		DT ADULTO (N° DOSIS)		VPH																	
PARTO VERTICAL				ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		PAT. NOR.		SR		IPV		OTRA VACUNA																	
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		GRUPO DE RIESGO HVB				HVB		PENTAVAL																			
DIAGNÓSTICOS										INGRESO										EGRESO													
N°		DESCRIPCIÓN								TIPO DE DX				CIE - 10				TIPO DE DX				CIE - 10											
1		EXAMEN GINECOLOGICO DE RUTINA								P				X				R				2014				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																							
45090677		CARMEN CECILIA MALQUI HUAROC								12531																							
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		5		ESPECIALIDAD				N° RNE				EGRESADO																					

		PERÚ	Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud	ANEXO 1	
FORMATO UNICO DE ATENCIÓN - FUA						
NÚMERO DE FORMATO			INSTITUCIÓN EDUCATIVA		CÓDIGO	
170 19 01712453						
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS			NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN			
0000000714			C.S. JUAN PARRA DEL RIEGO			
PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR DE ATENCIÓN	ATENCIÓN	REFERENCIA REALIZADA POR		
DE LA IPRESS	X	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL	X	AMBULATORIA	X
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			
2	76129072	170	2	76129072		
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO		
LASTRA				LAGUNA		
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES		
ROCIO				DIANA		
SEXO	FECHA	DÍA	MES	AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA
MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO					76129072
FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO	1	0	1	1	9
SALUD MATERNA	FECHA DE FALLECIMIENTO					
GESTANTE						
PUERPERA						
FORMATO DE 24 HORAS						
FECHA DE ATENCIÓN		DÍA		MES		AÑO
0 1 0 9 2 0 1 9		9		15		018
REPORTE VINCULADO		CÓD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR		
CONCEPTO PRESTACIONAL						
ATENCIÓN DIRECTA	X	COB EXTRAORDINARIA	CARTA DE GARANTÍA	SEPELIO		
		N° Autorización	N° Autorización	NATIMUERTO		
		Monto \$/.	Monto \$/.	OBITO		
				OTRO		
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO						
ALTA	CITA	X	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	REFERIDO	CONTRA RREFERIDO
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:						
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS						
NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE						
N° HOJA DE REFER / CONTRARR.						
ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05						
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS						
PESO (Kg)	40	TALLA (cm)	140	P.A. (mmHg)	90/60	
DE LA GESTANTE	DEL RECEN NACIDO	GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		VACUNAS N° DE DOSIS		
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)	CRED N°	PAB (cm)	80	BCG	INFLUENZA
EDAD GEST	APGAR 1*	R.N. PREMATURO	TAP/ EEDP o TEPSI		DPT	PAROTID
ALTURA UTERINA		BAJO PESO AL NACER	CONSEJERIA NUTRICIONAL		APO	RUBEOLA
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Cerdón (2 a 3 min)	ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER	CONSEJERIA INTEGRAL		ASA	ROTAVIRUS
CONTROL PUERP (N°)		N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.	IMC (Kg/M²)	20	SPR	DT ADULTO (N° DOSIS)
					SR	IPV
					HVB	PENTAVAL
					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. ESTUDANTES DE SALUD 8. POLITRANFUNDIDOS 9. DROGO. DEPENDIENTES
DIAGNOSTICOS						
N°	DESCRIPCIÓN	INGRESO		EGRESO		
1	CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCEPCION	TIPO DE DX	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10	
2		P D R	Z300	D R		
3		P D R		D R		
4		P D R		D R		
5		P D R		D R		
N° DE DNI						
45090677						
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						
CARMEN CECILIA MALQUI HUAROC						
N° DE COLEGIATURA						
12531						
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		5	ESPECIALIDAD	N° RNE	EGRESADO	
FIRMA						
ASEGURADO		X				
APODERADO						
APODERADO:						
NOMBRES Y APELLIDOS						
DNI o CE DEL APODERADO:						
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		Huella Digital del Asegurado o del Aporado				

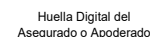
		PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		ANEXO 1																																															
FORMATO UNICO DE ATENCIÓN - FUA																																																							
<table border="1"> <tr> <td colspan="6">NUMERO DE FORMATO</td> <td colspan="4">INSTITUCIÓN EDUCATIVA</td> <td colspan="4">CÓDIGO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">170</td> <td colspan="2">19</td> <td colspan="2">01712453</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">INIC.</td> <td colspan="2">PRIM.</td> <td colspan="2">SEC.</td> <td colspan="2">SECCIÓN</td> <td colspan="2">TURNO</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>														NUMERO DE FORMATO						INSTITUCIÓN EDUCATIVA				CÓDIGO				170		19		01712453										INIC.		PRIM.		SEC.		SECCIÓN		TURNO					
NUMERO DE FORMATO						INSTITUCIÓN EDUCATIVA				CÓDIGO																																													
170		19		01712453																																																			
INIC.		PRIM.		SEC.		SECCIÓN		TURNO																																															
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																																																							
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS						NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN																																																	
0000000714						C.S. JUAN PARRA DEL RIEGO																																																	
PERSONAL QUE ATIENDE																																																							
DE LA IPRESS		<input checked="" type="checkbox"/>		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		LUGAR DE ATENCIÓN		<input checked="" type="checkbox"/>		ATENCIÓN		<input checked="" type="checkbox"/>		REFERENCIA REALIZADA POR																																									
ITINERANTE						INTRAMURAL		<input checked="" type="checkbox"/>		AMBULATORIA		<input checked="" type="checkbox"/>		CÓD. RENAES																																									
OFERTA FLEXIBLE						EXTRAMURAL				REFERENCIA				N° HOJA DE REFERENCIA																																									
										EMERGENCIA																																													
DEL ASEGURADO / USUARIO																																																							
IDENTIFICACIÓN				CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS				ASEGURADO DE OTRA IAFAS																																															
TDI		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DIRESA / OTROS		NÚMERO		INSTITUCIÓN		COD. SEGURO																																													
2		76129072		170		2		76129072																																															
APELLIDO PATERNO								APELLIDO MATERNO																																															
LASTRA								LAGUNA																																															
PRIMER NOMBRE								OTROS NOMBRES																																															
ROCIO								DIANA																																															
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA				ETNIA																																									
MASCULINO		<input checked="" type="checkbox"/>		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO						76129072																																													
FEMENINO		<input checked="" type="checkbox"/>																																																					
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		1		0		1		DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1																																													
GESTANTE										DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2																																													
PUERPERA		FECHA DE FALLECIMIENTO								DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3																																													
FORMATO DE 24 HORAS DE 9 A 60 AÑOS - RC 01 TOPES (1D/2M/12A) - RC 13																																																							
FECHA DE ATENCIÓN				DÍA				MES				AÑO																																											
DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES																																									
0		1		0		9		2		0		1		9																																									
REPORTE VINCULADO				CÓD. AUTORIZACIÓN				N° FUA A VINCULAR				HOSPITALIZACIÓN																																											
												FECHA																																											
												DÍA																																											
												MES																																											
												AÑO																																											
												DE INGRESO																																											
												DE ALTA																																											
												DE CORTE ADMINISTRATIVO																																											
CONCEPTO PRESTACIONAL																																																							
ATENCIÓN DIRECTA		<input checked="" type="checkbox"/>		COB EXTRAORDINARIA				CARTA DE GARANTÍA				SEPELIO																																											
				N° Autorización				N° Autorización				NATIMUERTO																																											
				Monto S/.				TRASLADO				OBITO																																											
												OTRO																																											
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO																																																							
ALTA		CITA		<input checked="" type="checkbox"/>		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO		CONTRA REFERIDO																																									
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:																																																							
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS						NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE						N° HOJA DE REFER / CONTRARR.																																											
						ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05																																																	
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS																																																							
PESO (Kg)		40		TALLA (cm)		140		P.A. (mmHg)		90/60		VACUNAS N° DE DOSIS																																											
DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		ADULTO MAYOR		VACAM		BCG		INFLUENZA																																									
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		EVALUACIÓN INTEGRAL		VACAM		DPT		PAROTID																																									
EDAD GEST		APGAR 1°		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		ADULTO MAYOR		VACAM		APO		RUBEOLA																																									
ALTURA UTERINA		Corte Tardío de Córdon (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERÍA NUTRICIONAL		VACAM		VACAM		ASA		ROTAVIRUS																																									
PARTO VERTICAL				ENFER. CONGENITA / SEQUELA AL NACER		CONSEJERÍA INTEGRAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		PAT. NOR.		SPR		DT ADULTO (N° DOSIS)																																									
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		20		GRUPO DE RIESGO HVB		SR		IPV																																									
										GRUPO DE RIESGO HVB		HVB		PENTAVAL																																									
DIAGNOSTICOS																																																							
N°		DESCRIPCIÓN						INGRESO				EGRESO																																											
1		CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCEPCION						TIPO DE DX				CIE - 10																																											
								P				D																																											
								X				Z300																																											
								R				R																																											
2		OTRAS ATENCIONES ESPECIFICADAS PARA LA ANTICONCEPCION (ORAL DE EMERGENCIA, IMPLANTES)						P				D																																											
								X				Z308																																											
								R				R																																											
3								P				D																																											
								D				R																																											
4								P				D																																											
								R				R																																											
N° DE DNI																																																							
45090677																																																							
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																																							
CARMEN CECILIA MALQUI HUAROC																																																							
N° DE COLEGIATURA																																																							
12531																																																							
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				5		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO																																													
1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICÓLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO																																																							
FIRMA ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/> APODERADO: NOMBRES Y APELLIDOS DNI o CE DEL APODERADO:																																																							
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN Huella Digital del Asegurado o del Apoderado																																																							



FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA																								
NÚMERO DE FORMATO					INSTITUCIÓN EDUCATIVA					CÓDIGO														
170		19		01712453			INIC.		PRIM.		SEC.		SECCIÓN		TURNO									
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																								
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS					NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN																			
0000000714					C.S. JUAN PARRA DEL RIEGO																			
PERSONAL QUE ATIENDE					LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR															
DE LA IPRESS		<input checked="" type="checkbox"/>			CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE			INTRAMURAL		<input checked="" type="checkbox"/>		AMBULATORIA		<input checked="" type="checkbox"/>		CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		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														
2		76129072			170		2			76129072		COD. SEGURO												
APELIDO PATERNO					APELIDO MATERNO																			
LASTRA					LAGUNA																			
PRIMER NOMBRE					OTROS NOMBRES																			
ROCIO					DIANA																			
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA			ETNIA											
MASCULINO		<input checked="" type="checkbox"/>		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO						76129072														
FEMENINO		<input checked="" type="checkbox"/>																						
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		1		0		1		1		9		9		8								
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO																						
PUERPERA																								
FORMATO DE 24 HORAS															DE 9 A 60 AÑOS - RC 01 TOPES (1D/2M/12A) - RC 13									
FECHA DE ATENCIÓN			DÍA		MES		AÑO		UPS		CÓD. PRESTA.		CÓD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)		HOSPITALIZACIÓN		FECHA		DÍA		MES		AÑO	
DÍA			MES		AÑO						018						DE INGRESO							
0			1		0		9		2		0		1		9									
9			15														DE ALTA							
REPORTE VINCULADO			COD. AUTORIZACIÓN				N° FUA A VINCULAR										DE CORTE ADMINISTRATIVO							
CONCEPTO PRESTACIONAL																								
ATENCIÓN DIRECTA		<input checked="" type="checkbox"/>		COB EXTRAORDINARIA			CARTA DE GARANTÍA			TRASLADO		SEPELIO												
		N° Autorización			N° Autorización					NATIMUERTO			OBITO		OTRO									
		Monto \$/.			Monto \$/.																			
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO																								
ALTA		CITA		<input checked="" type="checkbox"/>		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO		CONTRA RREFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.						
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:																								
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS					NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE					N° HOJA DE REFER / CONTRARR.														
					ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05																			
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS															VACUNAS N° DE DOSIS									
PESO (Kg)		40		TALLA (cm)		140		P.A. (mmHg)		90/60		BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA								
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		EVALUACIÓN INTEGRAL		DPT		PAROTID		ANTINEUMOC										
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		80		APO		RUBEOLA		ANTITETANICA										
EDAD GEST		APGAR 1°		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI				ASA		ROTAVIRUS		COMPLETAS PARA LA EDAD										
ALTURA UTERINA		5°		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERÍA NUTRICIONAL				VACAM		DT ADULTO (N° DOSIS)		VPH										
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cerdón (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERÍA INTEGRAL				SR		IPV		OTRA VACUNA										
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		20		HVB		PENTAVAL												
DIAGNOSTICOS															GRUPO DE RIESGO HVB									
N°		DESCRIPCIÓN								INGRESO		EGRESO												
										TIPO DE DX		CIE - 10		TIPO DE DX		CIE - 10								
1		CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCEPCION								P		<input checked="" type="checkbox"/>		R		Z300		D		R				
2		INSERCCION DE DISPOSITIVO ANTICONCEPTIVO (INTRAUTERINO)								P		<input checked="" type="checkbox"/>		R		Z301		D		R				
3										P		D		R				D		R				
4										P		D		R				D		R				
										P		D		R				D		R				
N° DE DNI					NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					N° DE COLEGIATURA														
45090677					CARMEN CECILIA MALQUI HUAROC																			

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°		

[illegible]



FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA																																																	
NÚMERO DE FORMATO				INSTITUCIÓN EDUCATIVA				CÓDIGO																																									
170		19		01712453		INIC. PRIM. SEC.		SECCIÓN TURNO																																									
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																																																	
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN																																													
0000000724				C.S. LA LIBERTAD																																													
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR																																									
DE LA IPRESS		X		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X		AMBULATORIA		X		CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		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																																									
2		80246840		170		2		80246840		COD. SEGURO																																							
APELIDO PATERNO				APELIDO MATERNO																																													
MALLQUI				BELITO																																													
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES																																													
GABRIELA																																																	
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA																																					
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO								80246840																																							
FEMENINO		X																																															
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		0		1		0		6		1		9		8		7																															
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO																																															
PUERPERA																																																	
FORMATO DE 24 HORAS										DE 18 A 45 AÑOS - RC 01 TOPES (1D/1M/3A) - RC 13																																							
FECHA DE ATENCIÓN				DÍA		MES		AÑO		COD. PRESTA.		COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)		HOSPITALIZACIÓN		FECHA		DÍA		MES		AÑO																											
DÍA		MES		AÑO						902						DE INGRESO																																	
0		1		0		9		2		0		1		9																																			
9		15														DE ALTA																																	
REPORTE VINCULADO		COD. AUTORIZACIÓN								N° FUA A VINCULAR						DE CORTE ADMINISTRATIVO																																	
CONCEPTO PRESTACIONAL																																																	
ATENCIÓN DIRECTA		X		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTIA		TRaslADO		SEPELIO																																							
				N° Autorización		N° Autorización				NATIMUERTO		OBITO		OTRO																																			
				Monto S/.		Monto S/.																																											
ALTA, CITADO o CONTRARREFERIDO- RC 04																																																	
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO																																																	
ALTA		CITA		X		HOSPITALIZACIÓN		REFERIDO		CONTRA RREFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.																																			
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:																																																	
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARR.																																									
				ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14																																													
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS										VACUNAS N° DE DOSIS																																							
PESO (Kg)		40		TALLA (cm)		140		P.A. (mmHg)		90/60		BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA																																	
DE LA GESTANTE				DEL RECIEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		DPT		PARTID		ANTINEUMOC																																			
CPN (N°)				EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		EVALUACIÓN INTEGRAL		APO		RUBEOLA		ANTITETANICA																																	
EDAD GEST				APGAR 1°		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		ADULTO MAYOR		ASA		ROTAVIRUS		COMPLETAS PARA LA EDAD																																	
ALTURA UTERINA				5°		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL		VACAM		SPR		DT ADULTO (N° DOSIS)		VPH																																	
PARTO VERTICAL				Corte Tardío de Cordón (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		SR		IPV		OTRA VACUNA																																	
CONTROL PUERP (N°)						N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		22		HVB		PENTAVAL																																			
DIAGNOSTICOS										GRUPO DE RIESGO HVB																																							
N°		DESCRIPCIÓN		TIPO DE DX		CIE - 10		TIPO DE DX		CIE - 10																																							
1		CONSEJO Y ASESORAMIENTO GENERAL SOBRE LA ANTICONCEPCION		P		X		R		Z008		D		R																																			
2				P		D		R				D		R																																			
3				P		D		R				D		R																																			
4				P		D		R				D		R																																			
N° DE DNI										NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION										N° DE COLEGIATURA																													
45090677										CARMEN CECILIA MALLQUI HUAROC										12531																													
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN										5										ESPECIALIDAD										N° RNE										EGRESADO									

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°

PRODUCTOS FARMACEUTICOS / MEDICAMENTOS													
CÓDIGO SISMED	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX	CÓD. SISMED	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX
03513	ACIDO FOLICO + SULFATO FERROSO	TAB	400 ug + 60 mg fe	30	30	1							
REGISTRO DE MEDICAMENTO - RC 46													
Anexo N° 01													
Cuadro N° 2. Regla de Consistencia N° 46. Medicamentos e insumos reconocidos en la prestación.													
CÓDIGO PRESTACIONAL	CÓDIGO SISMED	DENOMINACIÓN	IND	EJE	PROFESION AL	NIVEL	ACCIÓN						
	02746, 00146, 00149, 00194, 00199, 00196, 00197, 00198, 00199, 00201, 03612, 03613, 03614, 10109, 10110, 19109, 20717	Acido Nitro	0	45	0	45	Se realiza en el 1 - 9 con punción adsorba	No dejar grabar si incumple el criterio tipo					
993	00200	Acido Nitro	0	90	0	90							
994	NINGUNO	NINGUNO					Se realiza en el 1 - 9 - 8						
INSUMOS													
CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX									
PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO													
CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES								
99401	CONSEJERIA NUTRICIONAL / EVALUACION DE ESTADO NUTRICIONAL POR ANTROPOMETRIA	1	1	1									
REGISTRO DEPROCEDIMIENTO - RC 46													
SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (PROCEDIMIENTOS)													
CÓDIGO	NOMBRE	CARACT	IND/ PRES	EJE/ ENTR	DX	RES	N° TICKET	PO					
OBSERVACIONES													

FIRMA

ASEGURADO

X

APODERADO


APODERADO
NOMBRES Y APELLIDOS

DNI o CE DEL APODERADO

Huella Digital del
Asegurado o ApoderadoFirma y Sello del Responsable de Procedimiento
y/o Farmacia y/o Laboratorio







FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA																							
NÚMERO DE FORMATO				INSTITUCIÓN EDUCATIVA				CÓDIGO															
170		19		01712453		INIC.		PRIM.	SEC.	SECCIÓN	TURNO												
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																							
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN																			
0000000724				C.S. LA LIBERTAD																			
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR															
DE LA IPRESS		X		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X		AMBULATORIA		X		CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		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											
2		80246840		170		2		80246840															
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO																			
MALLQUI				BELITO																			
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES																			
GABRIELA																							
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA											
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO								80246840													
FEMENINO		X																					
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		2		6		0		3		1		9		4		1					
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO																					
PUERPERA																							
FORMATO DE 24 HORAS												DE 60 A 120 AÑOS - RC 01 TOPES (1D/2M/4A) - RC 13											
FECHA DE ATENCIÓN				DÍA		MES		AÑO		COD. PREST.		COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)		HOSPITALIZACIÓN		FECHA		DÍA		MES		AÑO	
DÍA		MES		AÑO						903						DE INGRESO							
0		1		0		2		2		0		1		9									
9				15												DE ALTA							
REPORTE VINCULADO		COD. AUTORIZACIÓN								N° FUA A VINCULAR						DE CORTE ADMINISTRATIVO							
CONCEPTO PRESTACIONAL																							
ATENCIÓN DIRECTA		X		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASLADO		SEPELIO													
				N° Autorización		N° Autorización				NATIMUERTO		OBITO		OTRO									
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO																							
ALTA		CITA		X		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO		CONTRA RREFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.					
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:																							
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARR.															
				ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14																			
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS												VACUNAS N° DE DOSIS											
PESO (Kg)		40		TALLA (cm)		140		P.A. (mmHg)		90/60		BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA							
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		EVALUACIÓN INTEGRAL		DPT		PAROTID		ANTINEUMOC									
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		86		EVALUACIÓN INTEGRAL		COD. PREST.		Grupos de Diagnóstico		Descripción del Diagnóstico		Código CIE					
EDAD GEST		APGAR 1*		5*		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		ADULTO MAYOR		903		Grupo A		EXAMEN MÉDICO GENERAL (NORMAL)		Z000					
ALTURA UTERINA						BAJO PESO AL NACER		CONSEJERÍA NUTRICIONAL		VACAM		SI		Grupo B		Desnutrición Proteico calórica Moderada (Delgadez)		E440					
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cordón (2 a 3 min)				ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERÍA INTEGRAL		SI						Obesidad debida a exceso de Calorias (Sobrepeso)		E660					
CONTROL PUERP (N°)						N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		22						Obesidad, No especificada		E669					
DIAGNOSTICOS												REGISTRO DE DIAGNOSTICO - RC 27											
N°		DESCRIPCIÓN		TIPO DE DX		INGRESO		CIE - 10		TIPO DE DX		EGRESO		CIE - 10									
1		EXAMEN MEDICO GENERAL		P		X		R		Z000		D		R									
2				P		D		R				D		R									
3				P		D		R				D		R									
4				P		D		R				D		R									
N° DE DNI		40234765		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		BLANCA ROSA ARIAS FLORES																	

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°

[illegible]

DIRESA JUNÍN




		PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		ANEXO 1	
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA									
				NUMERO DE FORMATO		INSTITUCIÓN EDUCATIVA			CÓDIGO
		170	19	01712453					
						INIC.	PRIM.	SEC.	SECCIÓN
									TURNO
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN					
0000000724				C.S. LA LIBERTAD					
PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR			
DE LA IPRESS	<input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL	<input checked="" type="checkbox"/>	AMBULATORIA	<input checked="" type="checkbox"/>	CÓD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	
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				
2	80246840	170	2	80246840	COD. SEGURO				
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO				
MALLQUI					BELITO				
PRIMER NOMBRE					OTROS NOMBRES				
GABRIELA									
SEXO		FECHA		DÍA	MES	AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA	ETNIA
MASCULINO	<input checked="" type="checkbox"/>	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO						80246840	
FEMENINO	<input checked="" type="checkbox"/>								
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		0	1	0	6	1	9
GESTANTE									
PUERPERA		FECHA DE FALLECIMIENTO							
FORMATO DE 24 HORAS									
FECHA DE ATENCIÓN		DÍA		9	15	UPS		CÓD. PRESTA.	CÓD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)
DÍA	MES	AÑO						904	
0	1	0	9	2	0	1	9		
REPORTE VINCULADO		COD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR					
CONCEPTO PRESTACIONAL									
ATENCIÓN DIRECTA		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASLADO		SEPELIO	
<input checked="" type="checkbox"/>		N° Autorización		N° Autorización				NATIMUERTO	
								OBITO	
								OTRO	
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO									
ALTA	CITA	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO	CONTRA REFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARR.	
				ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14					
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS									
PESO (Kg)		40		TALLA (cm)		140		P.A. (mmHg)	
								90/60	
DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		VACUNAS N° DE DOSIS	
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°	PAB (cm)	86	EVALUACIÓN INTEGRAL	BCG	INFLUENZA
EDAD GEST		APGAR 1*		R.N. PREMATURO	TAP/ EEDP o TEPSI			DPT	PAROTID
ALTURA UTERINA				BAJO PESO AL NACER	CONSEJERIA NUTRICIONAL				ANTINEUMOC
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cerdón (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SEQUELA AL NACER	CONSEJERIA INTEGRAL	SI		COD. PREST.	Grupos de Diagnóstico
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.	IMC (Kg/M²)	22		903	Descripción del Diagnóstico
REGISTRO DE DIAGNOSTICO - RC 27									
DIAGNOSTICOS									
N°	DESCRIPCIÓN					INGRESO		EGRESO	
1	EXAMEN MEDICO GENERAL					TIPO DE DX	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10
						P	X	D	R
2						P	D	D	R
						P	D	D	R
3						P	D	D	R
						P	D	D	R
4						P	D	D	R
N° DE DNI									
40234765									
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
BLANCA ROSA ARIAS FLORES									
N° DE COLEGIATURA									
40000									
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		6	ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO		
1. MÉDICO 2. FARMACÉUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICÓLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO									
FIRMA					ASEGURADO				
					<input checked="" type="checkbox"/>				
APODERADO									
APODERADO:					Huella Digital del Asegurado o del Apoderado				
NOMBRES Y APELLIDOS									
DNI o CE DEL APODERADO:									
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									

[illegible]

DIRESA JUNÍN



FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA									
NÚMERO DE FORMATO				INSTITUCIÓN EDUCATIVA				CÓDIGO	
170		19		01712453		INIC.		PRIM.	SEC.
						SECCIÓN		TURNO	
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN					
0000000714				C.S. JUAN PARRA DEL RIEGO					
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR	
DE LA IPRESS		X		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X	
ITINERANTE						AMBULATORIA		X	
OFERTA FLEXIBLE						CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	
						REFERENCIA			
						EMERGENCIA			
DEL ASEGURADO / USUARIO									
IDENTIFICACIÓN			CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS				ASEGURADO DE OTRA IAFAS		
TDI		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DIRESA / OTROS		NÚMERO		INSTITUCIÓN	
2		43144090		170		2		43144090	
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO					
REYES				LOZANO					
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES					
ELISABETH									
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO	
MASCULINO		X		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO				N° DE HISTORIA CLÍNICA	
FEMENINO								43144090	
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		0		1		8	
GESTANTE								DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1	
PUERPERA		FECHA DE FALLECIMIENTO						DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2	
								DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3	
FORMATO DE 24 HORAS									
TODAS LAS EDADES - RC 01									
TOPES (SIN TOPE) - RC 13									
FECHA DE ATENCIÓN		DÍA		MES		AÑO		HOSPITALIZACIÓN	
DÍA		MES		AÑO		COD. PRESTA.		FECHA	
1		5		0		1		DE INGRESO	
2		0		1		9		DE ALTA	
3		10		15		906		DE CORTE ADMINISTRATIVO	
REPORTE VINCULADO		COD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR					
CONCEPTO PRESTACIONAL									
ATENCIÓN DIRECTA		X		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		SEPELIO	
				N° Autorización		N° Autorización		TRASLADO	
				N° Autorización		N° Autorización		NATIMUERTO	
				N° Autorización		N° Autorización		OBITO	
				N° Autorización		N° Autorización		OTRO	
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO									
ALTA		CITA		X		HOSPITALIZACIÓN		REFERIDO	
								CONTRA RREFERIDO	
								FALLECIDO	
								CORTE ADMINIS.	
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARR.	
				ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05					
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS									
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		BCG		VACUNAS N° DE DOSIS	
DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		DPT		INFLUENZA	
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		EVALUACIÓN INTEGRAL		ANTIAMARILICA	
EDAD GEST		APGAR 1°		R.N. PREMATURO		ADULTO MAYOR		ANTINEUMOC	
ALTURA UTERINA		Corte Tardío de Cordón (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER		VACAM		RUBEOLA	
PARTO VERTICAL				ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		ROTAVIRUS	
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		NOR.		COMPLETAS PARA LA EDAD	
				IMC (Kg/m²)				VPH	
								OTRA VACUNA	
DIAGNOSTICOS									
N°		DESCRIPCIÓN				INGRESO		EGRESO	
						TIPO DE DX		CIE - 10	
1		EXAME DE PESQUISA ESPECIAL PARA TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO				P		R456	
2						P		D	
3						P		D	
4						P		D	
N° DE DNI									
40234765									
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
BLANCA ROSA ARIAS									
N° DE COLEGIATURA									
15845									
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		8		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO	
1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNOLÓGICO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO									
FIRMA									
ASEGURADO									
APODERADO									
APODERADO:									
NOMBRES Y APELLIDOS									
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
DNI o CE DEL APODERADO:									
Huella Digital del Asegurado o del Apoderado									

		PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		ANEXO 1	
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA									
				NÚMERO DE FORMATO			INSTITUCIÓN EDUCATIVA		CÓDIGO
				170	19	01712453			
				INIC.	PRIM.	SEC.	SECCIÓN		TURNO
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN					
0000000714				C.S. JUAN PARRA DEL RIEGO					
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR	
DE LA IPRESS		X	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL	X	AMBULATORIA	X	CÓD. RENAES
ITINERANTE					EXTRAMURAL		REFERENCIA		N° HOJA DE 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	
2	56897425		170	2	56897425				
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO				
MANRIQUE					FERNANDEZ				
PRIMER NOMBRE					OTROS NOMBRES				
JOSE					LUIS				
SEXO		FECHA		DÍA	MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA
MASCULINO	X	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO							56897425
FEMENINO									80
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		0	1	0	6	2	0
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO							
PUERPERA									
FORMATO DE 24 HORAS									
FECHA DE ATENCIÓN			DÍA			UPS			CÓD. PRESTA.
DÍA	MES	AÑO	10			15			906
1	5	0	1	2	0	1	9		
REPORTE VINCULADO			COD. AUTORIZACIÓN			N° FUA A VINCULAR			
CONCEPTO PRESTACIONAL									
ATENCIÓN DIRECTA		X	COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASLADO		SEPELIO
			N° Autorización		N° Autorización				NATIMUERTO
									OBITO
									OTRO
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO									
ALTA	CITA	X	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO	CONTRA REFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARR.	
				ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05					
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS									
PESO (Kg)		40		TALLA (cm)		120		P.A. (mmHg)	
DE LA GESTANTE		DEL RECÉN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		VACUNAS N° DE DOSIS	
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		BCG	
EDAD GEST		APGAR 1*		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		INFLUENZA	
ALTURA UTERINA		5*		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERÍA NUTRICIONAL		PAROTID	
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Córdon (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SEQUELA AL NACER		CONSEJERÍA INTEGRAL		RUBEOLA	
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		ROTAVIRUS	
								COMPLETAS PARA LA EDAD	
								SI	
								NO	
								DT ADULTO (N° DOSIS)	
								VPH	
								OTRA VACUNA	
								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	ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION					P	X	D	D509
2						P	D	R	
3						P	D	R	
4						P	D	R	
5						P	D	R	
N° DE DNI									
40234765									
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN									
BLANCA ROSA ARIAS									
N° DE COLEGIATURA									
15845									
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		10	ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO		
FIRMA									
ASEGURADO									
APODERADO									
X									
APODERADO:									
NOMBRES Y APELLIDOS									
PEDRO MANRIQUE LOZANO									
DNI o CE DEL APODERADO:									
56897845									
Huella Digital del Asegurado o del Apoderado									
									
									




FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA													
NUMERO DE FORMATO				INSTITUCIÓN EDUCATIVA				CÓDIGO					
170		19		01712453		INIC.		PRIM.	SEC.				
						SECCIÓN		TURNO					
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD													
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN									
0000000707				P.S. SAN MARTIN									
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN	ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR						
DE LA IPRESS		X	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL	X	AMBULATORIA	X	CÓD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	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								
2	43144090	170	2	43144090	COD. SEGURO								
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO								
REYES					LOZANO								
PRIMER NOMBRE					MBRES								
ELISABETH					REGISTRO OBLIGATORIO DE FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP>FEC. ATE. SI EG<40s) o (FPP>FEC. ATE. SI EG>=40 - RC 30)								
SEXO		FECHA		DIA	MES	AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA			
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO		2	0	1	1	2	0	1	9		
FEMENINO	X										80		
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		0	1	0	6	1	9	9	8		
GESTANTE	X	FECHA DE FALLECIMIENTO											
PUERPRA													
FORMATO DE 24 HORAS										TODAS LAS EDADES - RC 01 TOPEs (SIN TOPE) - RC 13			
FECHA DE ATENCIÓN		DIA		MES	AÑO	UPS		COD. PRESTA.	PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)				
DIA	MES	AÑO											
1	5	0	9	2	0	1	9	10	:	15			
REPORTE VINCULADO		COD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR		HOSPITALIZACIÓN							
						FECHA							
						DE INGRESO							
						DE ALTA							
						DE CORTE ADMINISTRATIVO							
CONCEPTO PRESTACIONAL													
ATENCIÓN DIRECTA		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASLADO		SEPELIO					
X		N° Autorización		N° Autorización				NATIMUERTO					
		Monto S/.		Monto S/.				OBITO					
								OTRO					
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO													
REFERIDO		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO					
ALTA		CITA					X						
SE REFIERE / CONTRARRREFIERE A:													
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARRREFIERE						N° HOJA DE REFER / CONTRARR.					
0000000714		C.S. JUAN PARRA DEL RIOGO						25555					
ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14													
PESO (Kg)	50	TALLA (cm)	150	P.A. (mmHg)	100/90	VACUNAS N° DE DOSIS							
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		BCG					
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		EVALUACIÓN INTEGRAL		INFLUENZA					
EDAD GEST	35	APGAR 1*		R.N. PREMATURO		ADULTO MAYOR		ANTIAMARILICA					
ALTURA UTERINA		APGAR 5*		BAJO PESO AL NACER		VACAM		PARTID					
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		RUBEOLA					
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		PAT. NOR.		ANTINEUMOC					
				IMC (Kg/M²)				ROTAVIRUS					
								COMPLETAS PARA LA EDAD					
								SI NO					
								VPH					
								OTRA VACUNA					
DIAGNOSTICOS													
N°	DESCRIPCIÓN					INGRESO		EGRESO					
						TIPO DE DX	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10				
1	BRONQUITIS CRONICA SIMPLE					P	X	R	J410	D	R		
2	ANEMIA QUE COMPLICHA EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL PUERPARIO					P	X	R	O990	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	
40234765		BLANCA ROSA ARIAS								15845			
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		6	ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO						
1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9.TECNOLOGO MEDICO 10.NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO										FIRMA			
										ASEGURADO		X	
										APODERADO			
										APODERADO:		NOMBRES Y APELLIDOS	
										FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION		Huella Digital del Asegurado o del Apoderado	
										DNI o CE DEL APODERADO:			

[illegible]


DIRESA JUNÍN

	PERÚ	Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud	ANEXO 1																	
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA																					
NÚMERO DE FORMATO				INSTITUCIÓN EDUCATIVA			CÓDIGO														
170		19		01712453		INIC.		PRIM.		SEC.		SECCIÓN		TURNO							
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																					
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN																	
0000000608				C.S. CHILCA																	
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR													
DE LA IPRESS		X		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X		AMBULATORIA		X		CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		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													
2		41525846		170		2		41525846		COD. SEGURO											
APELLIDO PATERNO						APELLIDO MATERNO															
ROMERO						ORTIZ															
PRIMER NOMBRE						OTROS NOMBRES															
MAGDALENA																					
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA									
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO								41525846		80									
FEMENINO		X																			
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		0		1		0		6		1		9		9		8			
GESTANTE		X		FECHA DE FALLECIMIENTO																	
PUERPERA																					
FORMATO DE 24 HORAS										DE 0 A 120 AÑOS - RC 01											
FECHA DE ATENCIÓN				HORA		UPS		CÓD. PRESTA.		CÓD. PRESTACION(ES) ADICIONAL(ES)		HOSPITALIZACIÓN		FECHA		DÍA		MES		AÑO	
DÍA				MES		AÑO		10		15		058		DE INGRESO							
1				5		0		9		2		0		1		9					
REPORTE VINCULADO				CÓD. AUTORIZACIÓN				N° FUA A VINCULAR				DE ALTA									
												DE CORTE ADMINISTRATIVO									
CONCEPTO PRESTACIONAL										SEPELIO											
ATENCIÓN DIRECTA		X		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASLADO		NATIMUERTO		OBITO		OTRO							
				N° Autorización		N° Autorización															
				Mostró S/I.		Mostró S/I.															
ALTA, CITADO o CONTRARRREFERIDO- RC 04										DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO											
ALTA										REFERIDO											
CITA										CONTRA RREFERIDO											
X										EMERGENCIA											
										CONSULTA EXTERNA											
										APOYO AL DIAGNÓSTICO											
										CORTE ADMINIS.											
										CORTE ADMINIS.											
SE REFIERE / CONTRARRREFIERE A:										SE REFIERE / CONTRARRREFIERE A:											
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARRREFIERE						N° HOJA DE REFER / CONTRARR.											
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS										VACUNAS N° DE DOSIS											
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA											
DE LA GESTANTE		DEL RECIÉN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		DPT		PAROTID		ANTINEUMOC											
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		APO		RUBEOLA		ANTITETANICA									
EDAD GEST		APGAR 1*		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		ASA		ROTAVIRUS		COMPLETAS PARA LA EDAD SI NO									
ALTURA UTERINA		5*		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL		SPR		DT ADULTO (N° DOSIS)		VPH									
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		SR		IPV		OTRA VACUNA									
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		HVB		PENTAVAL											
								GRUPO DE RIESGO HVB		GRUPO DE RIESGO HVB											
										SEXUALES 3. HSH 4. PRIVADO LIBERTAD 5. FF. AA. 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDIANTES DE SALUD 8. POLITRANFUNDIDOS 9. DROGO DEPENDIENTES											
DIAGNOSTICOS										INGRESO											
N°		DESCRIPCION				TIPO DE DX		CIE - 10		TIPO DE EGRO		CIE - 10									
1		CARIES DE LA DENTINA				P X R		K021		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 ATENCION						N° DE COLEGIATURA											
89562417				EDUARDO PELEZ SELADA						66654											
RESPONSABLE DE LA ATENCION				3																	

		PERÚ	Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud	ANEXO 1																					
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA																										
NÚMERO DE FORMATO					INSTITUCIÓN EDUCATIVA					CÓDIGO																
170 19 01712453																										
INIC. PRIM. SEC.					SECCIÓN					TURNO																
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																										
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS					NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN																					
0000000608					C.S. CHILCA																					
PERSONAL QUE ATIENDE					LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR																	
DE LA IPRESS		<input checked="" type="checkbox"/>			CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		<input checked="" type="checkbox"/>		AMBULATORIA		<input checked="" type="checkbox"/>		CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		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																
2		41525846			170		2			41525846		COD. SEGURO														
APELLIDO PATERNO										APELLIDO MATERNO																
ROMERO										ORTIZ																
PRIMER NOMBRE										OTROS NOMBRES																
MAGDALENA																										
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA			ETNIA													
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO								41525846			80													
FEMENINO		<input checked="" type="checkbox"/>																								
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		0		1		0		6		1		9		9		8								
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO																								
PUERPERA																										
FORMATO DE 24 HORAS															DE 0 A 120 AÑOS - RC 01											
FECHA DE ATENCIÓN					DÍA		MES		AÑO		UPS		CÓD. PRESTA.		CÓD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)		HOSPITALIZACIÓN		FECHA		DÍA		MES		AÑO	
1 5 0 9 2 0 1 9					10		15				059						DE INGRESO									
REPORTE VINCULADO					CÓD. AUTORIZACIÓN					N° FUA A VINCULAR							DE ALTA									
																	DE CORTE ADMINISTRATIVO									
CONCEPTO PRESTACIONAL																										
ATENCIÓN DIRECTA		<input checked="" type="checkbox"/>		COB EXTRAORDINARIA					CARTA DE GARANTÍA					TRASLADO		SEPELIO										
				N° Autorización					N° Autorización							NATIMUERTO					OBITO		OTRO			
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO																										
ALTA		CITA		<input checked="" type="checkbox"/>		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		REFERIDO		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO		CONTRA REFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.						
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:																										
CÓDIGO RENAES 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)		BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA		DPT		PAROTID		ANTINEUMOC										
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		EVALUACIÓN INTEGRAL		APO		RUBEOLA		ANTITETANICA		ASA		ROTAVIRUS		COMPLETAS PARA LA EDAD		SI		NO				
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		ADULTO MAYOR		VACAM		VPH		SPR		DT ADULTO (N° DOSIS)		OTRA VACUNA								
EDAD GEST		APGAR 1°		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		VACAM		SR		IPV		HVB		PENTAVAL										
ALTURA UTERINA		Corte Tardío de Córdon (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERÍA NUTRICIONAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		PAT. NOR.																
PARTO VERTICAL				ENFER. CONGÉNITA / SEQUELA AL NACER		CONSEJERÍA INTEGRAL																				
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)																				
DIAGNOSTICOS																										
N°		DESCRIPCIÓN					INGRESO					EGRESO														
							TIPO DE DX					CIE - 10														
1		NECROSIS DE LA PULPA					P					X														
2							P					D														
3							P					D														
4							P					D														
5							P					D														
N° DE DNI																										
89562417																										
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																										
EDUARDO PELEZ SELADA																										
N° DE COLEGIATURA																										
66654																										
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN					3					ESPECIALIDAD					N° RNE											
															EGRESADO											
1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO																										
FIRMA																										
ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/>																										
APODERADO <input type="checkbox"/>																										
APODERADO: NOMBRES Y APELLIDOS																										
DNI o CE DEL APODERADO:																										
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																										
Huella Digital del Asegurado o del Apoderado																										

[illegible]

96 | DIRESA JUNÍN

		PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		ANEXO 1																																															
FORMATO UNICO DE ATENCIÓN - FUA																																																							
<table border="1"> <tr> <td colspan="6">NUMERO DE FORMATO</td> <td colspan="4">INSTITUCIÓN EDUCATIVA</td> <td colspan="4">CÓDIGO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">170</td> <td colspan="2">19</td> <td colspan="2">01712453</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">INIC.</td> <td colspan="2">PRIM.</td> <td colspan="2">SEC.</td> <td colspan="4">SECCIÓN</td> <td colspan="4">TURNO</td> </tr> </table>														NUMERO DE FORMATO						INSTITUCIÓN EDUCATIVA				CÓDIGO				170		19		01712453										INIC.		PRIM.		SEC.		SECCIÓN				TURNO			
NUMERO DE FORMATO						INSTITUCIÓN EDUCATIVA				CÓDIGO																																													
170		19		01712453																																																			
INIC.		PRIM.		SEC.		SECCIÓN				TURNO																																													
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																																																							
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS						NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN																																																	
0000000608						C.S. CHILCA																																																	
PERSONAL QUE ATIENDE																																																							
DE LA IPRESS		<input checked="" type="checkbox"/>		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR																																													
ITINERANTE						INTRAMURAL		<input checked="" type="checkbox"/>		CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE																																											
OFERTA FLEXIBLE						EXTRAMURAL		<input checked="" type="checkbox"/>																																															
DEL ASEGURADO / USUARIO																																																							
IDENTIFICACIÓN				CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS				ASEGURADO DE OTRA IAFAS																																															
TDI		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DIRESA / OTROS		NÚMERO		INSTITUCIÓN		COD. SEGURO																																													
2		79179496		170		2		79179496																																															
APELLIDO PATERNO								APELLIDO MATERNO																																															
LOZANO								PEREZ																																															
PRIMER NOMBRE								OTROS NOMBRES																																															
ANTONY																																																							
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA																																											
<input checked="" type="checkbox"/>		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO								79179496		80																																											
FEMENINO																																																							
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		2		2		0		DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1																																													
GESTANTE										DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2																																													
PUERPERA		FECHA DE FALLECIMIENTO								DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3																																													
FECHA DE ATENCIÓN																																																							
DÍA		MES		AÑO		HORA		MINUTOS		CÓD. PRESTA.		CÓD. PRESTACIÓN(ES) ADICIONAL(ES)																																											
2		2		0		9		2		0		1																																											
2		0		1		9		10		15		060																																											
REPORTES VINCULADOS																																																							
CÓD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR																																																					
CONCEPTO PRESTACIONAL																																																							
ATENCIÓN DIRECTA		<input checked="" type="checkbox"/>		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASPASO		SEPELIO																																													
				N° Autorización		N° Autorización				NATIMUERTO		OBITO																																											
						Monto \$/.						OTRO																																											
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO																																																							
ALTA		CITA		HOSPITALIZACIÓN		REFERIDO		APOYO AL DIAGNÓSTICO		CONTRA REFERIDO		FALLECIDO																																											
						EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA				CORTE ADMINIS.																																											
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:																																																							
CÓDIGO RENAES 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 RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO																																											
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		EVALUACIÓN INTEGRAL		ADULTO MAYOR		VACUNAS N° DE DOSIS																																											
EDAD GEST		APGAR 1°		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPPI		VACAM		ASA		BCG																																											
ALTURA UTERINA		5°		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERÍA NUTRICIONAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		SPR		INFLUENZA																																											
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Córion (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SEQUELA AL NACER		CONSEJERÍA INTEGRAL		PAT. NOR.		DT ADULTO (N° DOSIS)		ANTIAMARILICA																																											
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)				HVB		ANTINEUMOC																																											
										SR		RUBEOLA																																											
										HVB		ROTAVIRUS																																											
										GRUPO DE RIESGO HVB		COMPLETAS PARA LA EDAD																																											
										GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABAJ. SEXUALES 3. HH 4. PRIVADO LIBERTAD 5. FF. AA. 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDIANTES DE SALUD 8. POLITRANFUNDIDOS 9. DROGO DEPENDIENTES		SI NO																																											
DIAGNOSTICOS																																																							
N°		DESCRIPCIÓN						INGRESO		EGRESO																																													
								TIPO DE DX		CIE - 10																																													
1		PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA NECESIDAD DE ASISTENCIA DOMICILIARIA Y QUE NINGUN OTRO MIEMBRO DEL HOG						P D R		Z742																																													
2		ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACION						P D R		D509																																													
3								P D R		D																																													
4								P D R		D																																													
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN																																																							
N° DE DNI		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						N° DE COLEGIATURA																																															
89562417		EDUARDO PELEZ SELADA						66654																																															
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		6		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO																																															
<p>1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO</p>																																																							
<p>FIRMA</p> <p>ASEGURADO <input type="checkbox"/></p> <p>APODERADO <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>APODERADO: NOMBRES Y APELLIDOS MARIA ZUÑIGA FERNANDEZ</p> <p>DNI o CE DEL APODERADO: 99999999</p> <p>Huella Digital del Asegurado o del Apoderado</p>																																																							

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°		

[illegible][illegible][illegible][illegible]

OBSERVACIONES	



DIRESA JUNÍN

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO


FORMATO DE ATENCIÓN N°		

[illegible]

DIRESA JUNÍN




FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA																	
		NUMERO DE FORMATO			INSTITUCIÓN EDUCATIVA			CÓDIGO									
		170	19	01712453													
		INIC.	PRIM.	SEC.				SECCIÓN	TURNO								
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																	
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN													
0000000608				C.S. CHILCA													
PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR											
DE LA IPRESS	X	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL	AMBULATORIA	X	CÓD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		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												
2	90459406	170	2	90459406	COD. SEGURO												
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO												
PAUCAUCAJA					VEGA												
PRIMER NOMBRE					OTROS NOMBRES												
EMILY																	
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA	ETNIA						
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO								90459406	80						
FEMENINO	X																
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		0		7		0		8							
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO															
PUERPERA																	
FORMATO DE 24 HORAS										TODAS LAS EDADES - RC 01 TOPES (1D) - RC 13							
FECHA DE ATENCIÓN		HORA		MINUTOS		COD. PRESTA.		COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)		HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DÍA	MES	AÑO			
DÍA	MES	AÑO									DE INGRESO						
2	0	09		2		0		1		9	10	:	15				
REPORTE VINCULADO		COD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR							DE ALTA						
CONCEPTO PRESTACIONAL										DE CORTE ADMINISTRATIVO							
ATENCIÓN DIRECTA		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASLADO		SEPELIO		NATIMUERTO		OBITO		OTRO			
X		N° Autorización		N° Autorización													
				Monto \$/.													
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO										REFERIDO		CONTRA RREFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.	
ALTA		CITA	X	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO										
SE REFIERE / CONTRARRREFIERE A:																	
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARRREFIERE						N° HOJA DE REFER / CONTRARR.									
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS										VACUNAS N° DE DOSIS							
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)				BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA					
DE LA GESTANTE		DEL RECÉN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		DPT		PAROTID		ANTINEUMOC					
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		EVALUACIÓN INTEGRAL		APO		RUBEOLA		ANTITETANICA			
EDAD GEST		APGAR 1°		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		ADULTO MAYOR		ASA		ROTAVIRUS		COMPLETAS PARA LA EDAD			
ALTURA UTERINA		Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL		VACAM		SPR		DT ADULTO (N° DOSIS)		VPH			
PARTO VERTICAL				ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		TAMIAJE DE SALUD MENTAL		SR		IPV		OTRA VACUNA			
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)				HVB		PENTAVAL					
DIAGNOSTICOS										GRUPO DE RIESGO HVB		GRUPO DE RESGO HVB: 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABAJAD. SEXUALES 3. ISH 4. PRIVADO LIBERTAD 5. FF.AA. 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDIANTES DE SALUD 8. POLITRANFUNDIDOS 9. DROGO DEPENDIENTES					
INGRESO										EGRESO							
N°		DESCRIPCIÓN				TIPO DE DX		CIE - 10		TIPO DE DX		CIE - 10					
1		BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA				P D X		J209		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 ATENCION				N° DE COLEGIATURA											
89562417		EDUARDO PELEZ SELADA				66654											
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		6		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO									
1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICÓLOGA 9.TECNOLOGO MEDICO 10.NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO										FIRMA							
										ASEGURADO		X					
										APODERADO							
										APODERADO:		NOMBRES Y APELLIDOS		MARIA VEGA PEREZ			
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION										DNI o CE DEL APODERADO:							

		PERÚ	Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud	ANEXO 1									
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA														
NÚMERO DE FORMATO					INSTITUCIÓN EDUCATIVA					CÓDIGO				
170		19		01712453			INIC.		PRIM.		SEC.		SECCIÓN	
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN												
0000000608		C.S. CHILCA												
PERSONAL QUE ATIENDE					LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR					
DE LA IPRESS	X	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL		X	AMBULATORIA	CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE				N° HOJA DE REFERENCIA	
ITINERANTE			EXTRAMURAL			REFERENCIA								
OFERTA FLEXIBLE						EMERGENCIA	X							
DEL ASEGURADO / USUARIO														
IDENTIFICACIÓN			CÓDIGO DEL ASEGURADO - SIS				ASEGURADO DE OTRA IAFAS							
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DIRESA / OTROS		NÚMERO		INSTITUCIÓN							
2	95687245		170		2		95687245		COD. SEGURO					
APELLIDO PATERNO							APELLIDO MATERNO							
REYES							LOZANO							
PRIMER NOMBRE							OTROS NOMBRES							
JOSE														
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA			ETNIA	
MASCULINO	X	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO								95687245			80	
FEMENINO														
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		1		7		0		DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1				
GESTANTE		FECHA DE FALLECIMIENTO								DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2				
PUERPERA										DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3				
FORMATO DE 24 HORAS														
FECHA DE ATENCIÓN			DÍA		MES		AÑO		UPS		CÓD. PRESTA.		PRESTACIÓN(ES) ADICIONAL(ES)	
DÍA			0		9		2		10		062			
MES			0		9		2							
AÑO			0		1		9							
REPORTE VINCULADO			CÓD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR									
CONCEPTO PRESTACIONAL														
ATENCIÓN DIRECTA		X		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASLADO		SEPELIO				
				N° Autorización		N° Autorización				NATIMUERTO				
										OBITO				
										OTRO				
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO														
ALTA	X	CITA	HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO		CONTRA REFERIDO		CORTE ADMINIS.	
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:														
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE								N° HOJA DE REFER / CONTRARR.				
		ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05												
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS														
PESO (Kg)		12		TALLA (cm)		90		P.A. (mmHg)		90/60		VACUNAS N° DE DOSIS		
DE LA GESTANTE		DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		ADULTO MAYOR		BCG				
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		EVALUACIÓN INTEGRAL		DPT					
EDAD GEST	APGAR 1*		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		ADULTO MAYOR		APO					
ALTURA UTERINA	5*		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERÍA NUTRICIONAL		VACAM		ASA					
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Cerdón (2 a 3 min)		ENFER. CONGÉNITA / SEQUELA AL NACER		CONSEJERÍA INTEGRAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		SPR					
CONTROL PUERP (N°)			N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		PAT. NOR.		SR					
										HVB				
										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			
1	FIEBRE, NO ESPECIFICADA							TIPO DE DX			CIE - 10		TIPO DE DX	
2	AMIGDALITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA							P			R		D	
3								P			D		R	
4								P			D		R	
5								P			D		R	
N° DE DNI														
40234765		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN								N° DE COLEGIATURA				
		BLANCA ROSA ARIAS								15845				
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		1		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO						
1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICÓLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO														
FIRMA														
ASEGURADO														
APODERADO														
APODERADO:														
NOMBRES Y APELLIDOS														
DNI o CE DEL APODERADO:														
89562312														
Huella Digital del Asegurado o del Apoderado														
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN														

[illegible]

DIRESA JUNÍN


	PERÚ	Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud	ANEXO 1							
FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA											
NUMERO DE FORMATO				INSTITUCION EDUCATIVA			CODIGO				
170		19		01712453		INIC. PRIM. SEC.		SECCION		TURNO	
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD											
CODIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCION							
0000000608				C.S. CHILCA							
PERSONAL QUE ATIENDE				LUGAR DE ATENCION		ATENCION		REFERENCIA REALIZADA POR			
DE LA IPRESS		X		CODIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		X		AMBULATORIA	
ITINERANTE						EXTRAMURAL				REFERENCIA	
OFERTA FLEXIBLE								EMERGENCIA		X	
DEL ASEGURADO / USUARIO											
IDENTIFICACION		CODIGO DEL ASEGURADO SIS				ASEGURADO DE OTRA IAFAS					
TDI		N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DIRESA / OTROS		NUMERO		INSTITUCION		COD. SEGURO	
2		4578962		170		2		4578962			
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO							
REYES				LOZANO							
PRIMER NOMBRE				MBRES							
MARIA				REGISTRO OBLIGATORIO DE FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP>FEC. ATE. SI EG<40s) o (FPP<FEC. ATE. SI EG>=40 - RC 30							
SEXO		FECHA		DIA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLINICA	
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO		2		2		0		9	
FEMENINO		X		2		0		1		9	
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		0		7		1		2	
GESTANTE		X		1		9		9		5	
PUERPERA		FECHA DE FALLECIMIENTO									
FORMATO DE 24 HORAS				TODAS LAS EDADES - RC 01							
FECHA DE ATENCION				TOPE (SIN TOPE) - RC 13							
DIA		MES		AÑO		FECHA		DIA		MES	
2		3		0		8		2		0	
1		9		10		15					
COD. PRESTA.		COD. PRESTA.		COD. PRESTA.		COD. PRESTA.		COD. PRESTA.		COD. PRESTA.	
063		063		063		063		063		063	
REPORTE VINCULADO				COD. AUTORIZACION				N° FUA A VINCULAR			
CONCEPTO PRESTACIONAL											
ATENCION DIRECTA		X		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTIA		SEPELIO		NATIMUERTO	
				N° Autorización		N° Autorización		OBITO		OTRO	
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO											
ALTA		X		CITA		HOSPITALIZACION		REFERIDO		CONTRA RREFERIDO	
								EMERGENCIA		FALLECIDO	
								CONSULTA EXTERNA		CORTE ADMINIS.	
								APOYO AL DIAGNOSTICO			
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:											
CODIGO RENAES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE						N° HOJA DE REFER / CONTRARR.			
		ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14									
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS											
PESO (Kg)		12		TALLA (cm)		90		P.A. (mmHg)		90/60	
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		VACUNAS N° DE DOSIS			
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		BCG		INFLUENZA	
EDAD GEST		1*		5*		R.N. PREMATURO		DPT		PAROTID	
ALTURA UTERINA		Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER		TAP/ EEDP o TEPPI		APO		RUBEOLA	
PARTO VERTICAL				CONSEJERIA NUTRICIONAL		CONSEJERIA INTEGRAL		ASA		ROTAVIRUS	
CONTROL PUERP (N°)				ENFER. CONGENITA / SEQUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		SPR		DT ADULTO (N° DOSIS)	
				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		SR		IPV	
								HVB		PENTAVAL	
								GRUPO DE RIESGO HVB		COMPLETAS PARA LA EDAD	
DIAGNOSTICOS											
N°		DESCRIPCION				INGRESO		EGRESO			
1		INFECCION NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS URINARIAS EN EL EMBARAZO				CIE - 10		CIE - 10			
2		CANDIDIASIS DE LA VULVA VAGINAL (N77.1*)				O234		B373			
3						D		D			
4						D		D			
5						D		D			
N° DE DNI											
40234765											
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION											
BLANCA ROSA ARIAS											
N° DE COLEGIATURA											
15845											
RESPONSABLE DE LA ATENCION											
1											
ESPECIALIDAD											
N° RNE											
EGRESADO											
1. MEDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIOLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNOLOGO MEDICO 10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO											
FIRMA											
ASEGURADO											
APODERADO											
APODERADO:											
NOMBRES Y APELLIDOS											
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION											
DNI o CE DEL APODERADO:											
Huellas Digital del Asegurado o del Apoderado											

[illegible]

Y

DNI o CE DEL APODERADO

DIRESA JUNÍN




	PERÚ	Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud	ANEXO 1															
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA																			
NÚMERO DE FORMATO		INSTITUCIÓN EDUCATIVA		CÓDIGO															
170	19	01712453																	
INC.		PRIM.	SEC.	SECCIÓN	TURNO														
DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																			
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN																	
0000000608		C.S. CHILCA																	
PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR DE ATENCIÓN	ATENCIÓN	REFERENCIA REALIZADA POR															
DE LA IPRESS	X	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL	X	AMBULATORIA	X	CÓD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	N° HOJA DE REFERENCIA										
ITINERANTE			EXTRAMURAL		REFERENCIA														
OFERTA FLEXIBLE					EMERGENCIA														
DEL ASEGURADO / USUARIO					ASEGURADO DE OTRA IAFAS														
IDENTIFICACION		CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS		INSTITUCIÓN															
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS	NÚMERO	COD. SEGURO															
2	4578962	170	2	4578962															
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO																	
REYES		LOZANO																	
PRIMER NOMBRE		OTROS NOMBRES																	
MARIA																			
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA							
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO		2	2	0	9	2	0	1	9	4578962		80					
FEMENINO	X																		
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		0	7	1	2	1	9	9	5	DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1							
GESTANTE	X	FECHA DE FALLECIMIENTO										DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2							
PUERPERA												DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3							
FECHA DE ATENCIÓN		FECHA DE ATENCIÓN		DÍA		MES		AÑO		FECHA DE ATENCIÓN		DÍA		MES		AÑO			
DÍA	MES	AÑO		DÍA		MES		AÑO		DÍA		MES		AÑO		AÑO			
2	3	0	8	2	0	1	9	10	15	063									
REPORTE VINCULADO		COD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR															
CONCEPTO PRESTACIONAL					SEPELIO														
ATENCIÓN DIRECTA		COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASPASO		NATIMUERTO		OBITO		OTRO							
X		N° Autorización		N° Autorización															
ALTA, CITADO o CONTRARREFERIDO- RC 04																			
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO					REFERIDO					CONTRA REFERIDO					CORTE ADMINIS.				
ALTA		CITA		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO		CONTRA REFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.			
X																			
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:					N° HOJA DE REFER / CONTRARR.														
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE		N° HOJA DE REFER / CONTRARR.															
0000000608		C.S. CHILCA		15845															
ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14																			
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS					VACUNAS N° DE DOSIS														
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA									
90		90		80															
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDO		JOVEN Y ADULTO		DPT		PAROTID		ANTINEUMOC									
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		PAB (cm)		APO		RUBEOLA		ANTITETANICA							
31		APGAR 1° 5°		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		ASA		ROTA VIRUS		COMPLETAS PARA LA EDAD		SI		NO			
ALTURA UTERINA		Corte Tardío de Córdon (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL		SPR		DT ADULTO (N° DOSIS)		VPH							
PARTO VERTICAL				ENFER. CONGÉNITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		SR		IPV		OTRA VACUNA							
CONTROL PUERP (N°)				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		HVB		PENTAVAL									
						21		GRUPO DE RIESGO HVB											
DIAGNOSTICOS					INGRESO					EGRESO									
N°		DESCRIPCIÓN		TIPO DE DX		CIE - 10		TIPO DE DX		CIE - 10									
1		ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL NO ESPECIFICADA		P		A64X		D		R									
2				P				D		R									
3				P				D		R									
4				P				D		R									

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°		

[illegible]

108 | DIRESA JUNÍN

		PERÚ		Ministerio de Salud		Seguro Integral de Salud		ANEXO 1																																															
FORMATO UNICO DE ATENCIÓN - FUA																																																							
<table border="1"> <tr> <th colspan="6">NUMERO DE FORMATO</th> <th colspan="4">INSTITUCIÓN EDUCATIVA</th> <th colspan="4">CÓDIGO</th> </tr> <tr> <td colspan="2">170</td> <td colspan="2">19</td> <td colspan="2">01712453</td> <td colspan="4"></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">INIC.</td> <td colspan="2">PRIM.</td> <td colspan="2">SEC.</td> <td colspan="2">SECCIÓN</td> <td colspan="2">TURNO</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>														NUMERO DE FORMATO						INSTITUCIÓN EDUCATIVA				CÓDIGO				170		19		01712453										INIC.		PRIM.		SEC.		SECCIÓN		TURNO					
NUMERO DE FORMATO						INSTITUCIÓN EDUCATIVA				CÓDIGO																																													
170		19		01712453																																																			
INIC.		PRIM.		SEC.		SECCIÓN		TURNO																																															
DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD																																																							
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS						NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN																																																	
0000000608						C.S. CHILCA																																																	
PERSONAL QUE ATIENDE						LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR																																													
DE LA IPRESS		<input checked="" type="checkbox"/>		CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE		INTRAMURAL		<input checked="" type="checkbox"/>		AMBULATORIA		<input checked="" type="checkbox"/>		CÓD. RENAES		NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		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																																															
2		70163814		170		2		70163814		COD. SEGURO																																													
APELLIDO PATERNO								APELLIDO MATERNO																																															
RODRIGUEZ								ESPEJO																																															
PRIMER NOMBRE								MBRES																																															
JHOSELIN								REGISTRO OBLIGATORIO DE FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP>FEC. ATE. SI EG<40s) o (FPP<FEC. ATE. SI EG>=40 - RC 30)																																															
SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA				ETNIA																																									
MASCULINO				0		2		0		2		0		70163814																																									
FEMENINO		<input checked="" type="checkbox"/>		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO																																																			
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		2		0		0		4		1		9		9		1																																					
GESTANTE		<input checked="" type="checkbox"/>		FECHA DE FALLECIMIENTO																																																			
PUERPERA																																																							
FORMATO DE 24 HORAS														DE 0 A 120 AÑOS - RC 01 TOPES (SIN TOPE)																																									
FECHA DE ATENCIÓN				DÍA		MES		AÑO		UPS		COD. PRESTA.		COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)		HOSPITALIZACIÓN		FECHA		DÍA		MES		AÑO																															
DÍA		MES		AÑO		0		9		0		8		2		0		1		9		9		15		071				DE INGRESO																									
REPORTE VINCULADO				COD. AUTORIZACIÓN				N° FUA A VINCULAR																				DE ALTA																											
CONCEPTO PRESTACIONAL														SEPELIO																																									
ATENCIÓN DIRECTA		<input checked="" type="checkbox"/>		COB EXTRAORDINARIA				CARTA DE GARANTÍA				TRASLADO		NATIMUERTO		OBITO		OTRO																																					
				N° Autorización				N° Autorización																																															
				CITADO o CONTRARREFERIDO - RC 04				to S/																																															
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO														REFERIDO																																									
ALTA		CITA		<input checked="" type="checkbox"/>		HOSPITALIZACIÓN		EMERGENCIA		CONSULTA EXTERNA		APOYO AL DIAGNÓSTICO		CONTRA RREFERIDO		FALLECIDO		CORTE ADMINIS.																																					
SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:														N° HOJA DE REFER / CONTRARR.																																									
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS				NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE																																																			
				ACTIVIDADES PREVENTIVAS A MARCAR - RC 05 / RC 14																																																			
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS														VACUNAS N° DE DOSIS																																									
PESO (Kg)				TALLA (cm)				P.A. (mmHg)				BCG				INFLUENZA				ANTIAMARILICA																																			
DE LA GESTANTE				DEL RECEN NACIDO				GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR				JOVEN Y ADULTO				DPT				PAROTID				ANTINEUMOC																															
CPN (N°)				EDAD GEST RN (SEM)				CRED N°		PAB (cm)		EVALUACIÓN INTEGRAL				APO				RUBEOLA				ANTITETANICA																															
EDAD GEST		30		APGAR		1*		R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPSI		ADULTO MAYOR				ASA				ROTAVIRUS				COMPLETAS PARA LA EDAD		SI		NO																											
ALTURA UTERINA				Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)				BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL		VACAM				SPR				DT ADULTO (N° DOSIS)				VPH																															
PARTO VERTICAL								ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		PAT. NOR.		SR				IPV				OTRA VACUNA																															
CONTROL PUERP (N°)								N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)						HVB				PENTAVAL																																			
																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														INGRESO						EGRESO																																			
N°		DESCRIPCIÓN										TIPO DE DX		CIE - 10		TIPO DE DX		CIE - 10																																					
1		EXAMEN DE LABORATORIO										P		X		R		2017		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																																											
45090677				CARMEN CECILIA MALQUI HUAROC								12531																																											
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN				9		ESPECIALIDAD				N° RNE				EGRESADO																																									
1. MÉDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNOLOGO MEDICO 10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO														FIRMA ASEGURADO <input checked="" type="checkbox"/> APODERADO <input type="checkbox"/> APODERADO: NOMBRES Y APELLIDOS DNI o CE DEL APODERADO:		 FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		 Huella Digital del Asegurado o del Apoderado																																					

