



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Seguro Integral de Salud

FORMATO UNICO DE ATENCION

NUMERO DE FORMATO

Por: Programador Marco Arzapalo Núñez - SIS CENTRAL - Julio 2013

CODIGO E.S./EQUIPO AISPED	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O EQUIPO AISPED QUE REALIZA LA ATENCIÓN	RECONSIDERACIÓN (*)
		Nº FORMATO ATENCIÓN PARA RECONSIDERACIÓN

(\*) Llenar con aspa (X) en caso de reconsideración de atención

COMPONENTE	TIPO FORMATO AFILIACIÓN	CODIGO AFILIACION / INSCRIPCIÓN	IDENTIFICACIÓN	CODIGO DE AFILIACIÓN DE SEGURO (*)
SUBSIDIADO		DISA	TD	INSTITUCIÓN
SEMI-SUBSIDIADO		NUMERO	Nº DOCUMENTO	CÓD. SEGURO
CONTRIBUTIVO				

(\*) En caso de convenios con otras instituciones

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
PRIMER NOMBRE	OTROS NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ATENCIÓN	GESTANTE	CONCEPTO PRESTACIONAL
DIA MES AÑO	MASCULINO FEMENINO	AMBULATORIA REFERENCIA EMERGENCIA	PUÉRPERA	ATENCIÓN DIRECTA ENFERMEDAD ALTO COSTO (NO LPIS) CASO ESPECIAL
				SEPELIO TRASLADO
FECHA DE ATENCION	HORA	LUGAR DE ATENCIÓN	Nº DE HISTORIA CLÍNICA	FECHA DE PARTO
DIA MES AÑO		INTRAMURAL EXTRAMURAL		DIA MES AÑO

PERSONAL QUE ATIENDE	CODIGO DE PRESTACIÓN	CODIGO E.S./ EQ. AISPED	NOMBRE DEL E.S./ EQUIPO AISPED QUE REFIRIÓ AL PACIENTE	Nº HOJA DE REFERENCIA
DEL ESTABLECIMIENTO				
ITINERANTE/EQ. AISPED				

DESTINO DEL ASEGURADO									
ALTA	CITADO	REFERIDO			CONTRARREFERIDO	FALLECIDO	HOSPITALIZADOS		
		EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO			FECHA DE INGRESO	DIA MES AÑO	
							FECHA DE ALTA	DIA MES AÑO	
CODIGO DEL E.S.		E.S. AL QUE SE REFIERE/ CONTRARREFIERE				Nº HOJA DE REF/CONTRARREF.			
0000001263									

SERVICIOS PREVENTIVOS										VACUNAS Nº DOSIS					
CPN (Nº)		PESO (Kg)		TALLA (CM)		CONSEJERÍA NUTRICIONAL		BCG		INFLUENZ		ANTIAMARILICA			
EDAD GEST (SEM)								DPT		PAROTID		ANTINEUMOC.			
ALTURA UTERINA (cm)		EDAD GEST RN (SEM)		APGAR	1' 5'	CONSEJERÍA PP.FF.		APO		RUBEOLA		ANTITETANICA			
P. A. (mmHg)								ASA		ROTAVIRUS		HAEMOPHOLIS			
PSICOPROFI-LAXIS		CRED (Nº)		EEDP/ TEPSI		ADMINISTR VITAMINA K		SPR		DT ADULTO (Nº DOSIS)		SR			
ADMINIST. OXITOCINA (puerperio inmediato)								HVB		PENTAVAL		IPV			
		LACTANCIA MAT. EXCL		CONTROL DE PUERPERIO (Nº)		ADMINISTR SUPL. NUTR.		GRUPO RIESGO	No tiene			VPH			

Nº	DIAGNÓSTICOS	Dx INGRESO		Dx EGRESO	
	DESCRIPCIÓN	TIPO Dx	CIE - 10	CIE - 10	TIPO

Nº DNI	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	Nº COLEGIATURA

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	NRO.

1= MÉDICO; 2= FARMACÉUTICO; 3= ODONTÓLOGO; 4= BIÓLOGO; 5= OBSTETRIZ; 6= ENFERMERA; 7= TRABAJADORA SOCIAL; 8= PSICÓLOGO; 9= TECNÓLOGO MÉDICO; 10= NUTRICIONISTA; 11= TÉCNICO ENFERMERÍA; 12= AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Huella Digital del  
Asegurado o Apoderado

Firma y Sello del Responsable de la Atención

Firma del afiliado o apoderado

DEL REGISTRO CORRECTO Y DE LA DIGITACIÓN ADECUADA Y OPORTUNA DEPENDERÁ EL PAGO DE LAS PRESTACIONES A TU ESTABLECIMIENTO.