



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Seguro Integral de Salud

## FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NÚMERO DE FORMATO

180

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS

NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN

5197

INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGÍA

CONCEPTO PRESTACIONAL											
ATENCIÓN DIRECTA	COB EXTRAORDINARIA			CARTA DE GARANTÍA			TRASLADO	SEPELIO			
	N° Autorización			N° Autorización				NATIMUERTO	OBITO	OTRO	
	Monto S/.			Monto S/.							
DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO											
ALTA	CITA	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	REFERIDO	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO	CONTRA RREFERIDO	FALLECIDO	COMITE 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.			
OTRAS ACTIVIDADES											
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	PAT NOR.				
DIAGNÓSTICOS											
N°	DESCRIPCIÓN	INGRESO			EGRESO						
		TIPO DE DX	CIE - 10		TIPO DE DX	CIE - 10					
1		P	D	R			D	R			
2		P	D	R			D	R			
3		P	D	R			D	R			
4		P	D	R			D	R			
5		P	D	R			D	R			
N° DE DNI		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						N° DE COLEGIATURA			
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		ESPECIALIDAD		N° RNE				EGRESADO			

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

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

FIRMA

ASEGURADO

APODERADO

APODERADO  
NOMBRES Y APELLIDOS

DNI o CE DEL APODERADO

Firma y Sello del Responsable de Procedimiento  
y/o Farmacia y/o LaboratorioHuella Digital del  
Asegurado o Apoderado