



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NÚMERO DE FORMATO		INSTITUCIÓN EDUCATIVA		CÓDIGO	
180	22	Nº			
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			
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
ITINERANTE		EXTRAMURAL	REFERENCIA		Nº HOJA DE REFERENCIA
OFERTA FLEXIBLE			EMERGENCIA		
DEL ASEGURADO / USUARIO					
IDENTIFICACIÓN		CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS		ASEGURADO DE OTRA IAFAS	
TDI	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA/ OTROS	NÚMERO	INSTITUCIÓN	
				CÓD. SEGURO	
APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO		
PRIMER NOMBRE			OTROS NOMBRES		
SEXO	FECHA	DÍA	MES	AÑO	Nº DE HISTORIA CLÍNICA
MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO				
FEMENINO					
SALUD MATERNA	FECHA DE NACIMIENTO				DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1
GESTANTE					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2
PUERPERA	FECHA DE FALLECIMIENTO				DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3
DE LA ATENCIÓN					
FECHA DE ATENCIÓN		HORA	UPS	CÓD. PRESTA.	CÓD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)
DÍA	MES	AÑO			
REPORTE VINCULADO	CÓD. AUTORIZACIÓN	Nº FUA A VINCULAR		HOSPITALIZACIÓN	FECHA
					DÍA
					MES
					AÑO
					DE INGRESO
					DE ALTA
					DE CORTE ADMINISTRATIVO
CONCEPTO PRESTACIONAL					
ATENCIÓN DIRECTA	Nº Autorización	COB EXTRAORDINARIA	TRASLADO	SEPELIO	
	Monto S/.			NATIMUERTO	OBITO
					OTRO
DEL DESTINO DEL ASEGURADO / USUARIO					
ALTA	CITA	HOSPITALIZACIÓN	REFERIDO	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				Nº HOJA DE REFER / CONTRARR.
ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS					
PESO (Kg)	TALLA (cm)	P.A. (mmHg)	VACUNAS Nº DE DOSIS		
DE LA GESTANTE	DEL RECIEN NACIDO	GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR	BCG	INFLUENZA	ANTIAMARILICA
CPN (Nº)	EDAD GEST RN (SEM)	CRED Nº	DPT	PAROTID	ANTINEUMOC
EDAD GEST	APGAR 1º	R.N. PREMATURO	APPO	RUBEOLA	ANTITETÁNICA
ALTURA UTERINA	5º	BAJO PESO AL NACER	ASA	ROTAVIRUS	COMPLETAS PARA LA EDAD
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Cerdón (2 a 3 min)	ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER	SPR	DT ADULTO (Nº DOSIS)	VPH
CONTROL PUERP (Nº)		Nº FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.	SRR	IPV	OTRA VACUNA
		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. FE. AA. 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDIANTES DE SALUD 8. POLITRANFUNDIDOS 9. DROGO DEPENDIENTES	
DIAGNÓSTICOS					
Nº	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	
Nº DE DNI		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		Nº DE COLEGIATURA	
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		ESPECIALIDAD	Nº RNE	EGRESADO	
1. MÉDICO 2. FARMACÉUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRA 6. ENFERMERÍA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICÓLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICIÓN 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					