



MINISTERIO DE SALUD

SIS Seguro Integral de Salud

N° 104 -2015/SIS

RESOLUCIÓN JEFATURAL

Lima, **27 MAYO 2015**

VISTOS: El Informe N° 006-2015-SIS-GREP/LAS con Proveído N° 189-2015-SIS/GREP de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, el Informe N° 033-2015/SIS-OGPPDO-UOC-BCN con Proveído N° 031-2015-SIS/OGPPDO de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional, y el Informe N° 049-2015-SIS/OGAJ/JGNV con Proveído N° 256-2015-SIS/OGAJ de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,



CONSIDERANDO:

Que, el Seguro Integral de Salud (SIS) es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud. Asimismo, se constituye en una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) pública, en virtud a lo dispuesto en el artículo 7 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 020-2014-SA, con las funciones de recibir, captar y/o gestionar fondos para la cobertura de las atenciones de salud o que oferten cobertura de riesgos de salud, bajo cualquier modalidad;



Que, el Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud, en su artículo 6, establece que todas las acciones realizadas con los recursos del Seguro Integral de Salud constituyen materia de control. Las entidades públicas o privadas que reciban reembolsos, pagos y/o transferencias financieras son sujetas a supervisión, monitoreo y control por parte del Seguro Integral de Salud respecto de los servicios que contrate o convenga;



Que, por Decreto Supremo N° 007-2012-SA se facultó al SIS a sustituir el Plan de Beneficios (LPIS) aprobado por Decreto Supremo N° 004-2007-SA, por el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), aprobado mediante Decreto Supremo N° 016-2009-SA y sus Planes Complementarios, a nivel nacional;



Que, el artículo 31 del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA, establece que la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones es el órgano de línea responsable de planear, organizar, dirigir, controlar los procesos sobre estudios de riesgos de salud de la población, así como la calidad, oportunidad y accesibilidad de las prestaciones de salud ofrecidas por el SIS, de acuerdo a los convenios aprobados con las IPRESS, en base al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud que apruebe el Ministerio de Salud, así como para proponer los planes complementarios de aseguramiento en salud y otros a cargo del SIS;



Que, por Resolución Jefatural N° 157-2008/SIS del 20 de agosto de 2008, se aprobó, entre otros documentos de aplicación para las atenciones de salud de los beneficiarios del SIS, el Formato Único de Atención;



Que, mediante Resolución Jefatural N° 216-2008/SIS del 19 de noviembre de 2008, se aprobó el Instructivo N° 009-2008-SIS-J/GO para el llenado del Formato Único de Atención para todos los establecimientos de salud de las categorías I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1 y III-2, modificado posteriormente por Resolución Jefatural N° 207-2014/SIS del 29 de setiembre de 2014;



Que, de acuerdo al documento de vistos, la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, acorde con lo sustentado por la Gerencia del Asegurado y la Oficina General de

Tecnología de la Información, concluye que resulta necesario actualizar el Formato Único de Atención para el registro de las prestaciones financiadas por el SIS, así como el documento normativo para el correcto llenado del mismo;

Con el visto bueno de la Secretaría General, de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, de la Gerencia de Negocios y Financiamiento, de la Gerencia del Asegurado, de la Oficina General de Tecnología de la Información y de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Desarrollo Organizacional, en el marco de sus competencias y con la opinión favorable de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con lo establecido en el numeral 11.8 del artículo 11 del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Dejar sin efecto el Formato Único de Atención aprobado con Resolución Jefatural N° 157-2008/SIS y el Instructivo N° 009-2008-SIS-J/GO para el llenado del Formato Único de Atención SIS para todos los establecimientos de salud de las Categorías I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1 y III-2, aprobado mediante Resolución Jefatural N° 216-2008/SIS y la Resolución Jefatural N° 207-2014/SIS.

Artículo 2.- Aprobar la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/GREP-V.01 "Directiva Administrativa sobre el llenado del Formato Único de Atención (FUA) en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Públicas, Privadas o Mixtas en el Marco de los Convenios o Contratos aprobados por el Seguro Integral de Salud (SIS)" y sus seis (6) Anexos que forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 3.- Para la implementación de la presente Directiva se cuenta con un plazo de noventa (90) días a partir de su publicación en el Diario Oficial "El Peruano", luego del cual es obligatorio su cumplimiento.

Artículo 4.- Las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y las Gerencias Regionales de Salud (GERESA) o las que hagan sus veces que tengan saldo de Formatos Únicos de Atención de acuerdo a la estructura del Instructivo N° 009-2008-SIS-J/GO podrán hacer uso del mismo hasta su término, realizando las adecuaciones necesarias para el registro, según corresponda, de los campos señalados en el Formato Único de Atención (FUA) aprobado a través de la presente Resolución, según corresponda.

Artículo 5.- Encargar a la Secretaría General la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial "El Peruano" y la coordinación con la Oficina General de Tecnología de la Información para su publicación en el portal institucional del Seguro Integral de Salud.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese;


PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe del Seguro Integral de Salud





PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

MINISTERIO DE SALUD

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001-2015- SIS/GREP - V.01

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA SOBRE EL LLENADO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PÚBLICAS, PRIVADAS O MIXTAS EN EL MARCO DE LOS CONVENIOS O CONTRATOS APROBADOS POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)

MAYO 2015

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA SOBRE EL LLENADO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) (FUA) EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PÚBLICAS, PRIVADAS O MIXTAS EN EL MARCO DE LOS CONVENIOS O CONTRATOS APROBADOS POR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)

1. FINALIDAD

Mejorar el registro de las atenciones realizadas a los asegurados y no asegurados al Seguro Integral de Salud (SIS) en el Formato Único de Atención (FUA), de tal modo que el mismo se realice de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos por la Institución, con arreglo a la normatividad vigente.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Establecer las pautas para el correcto llenado de los Formatos Únicos de Atención, considerando las precisiones para el registro y almacenamiento de éstos.

2.2. Objetivos Específicos

- Orientar el correcto llenado de los distintos campos del Formato Único de Atención (FUA).
- Permitir el registro de las atenciones realizadas, a fin de facilitar el control prestacional.
- Establecer las pautas para el adecuado registro de las principales intervenciones de salud por niveles de atención financiadas por el SIS.

3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

3.1. La presente Directiva Administrativa es de aplicación y cumplimiento en todos los órganos del Seguro Integral de Salud, incluyendo a las unidades funcionales: Unidades Desconcentradas Regionales – UDR de las respectivas Gerencias Macro Regionales del SIS.

3.2. En el marco de los convenios o contratos que apruebe el SIS, se aplicará la presente Directiva Administrativa, en los siguientes casos:

3.2.1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) privadas que brinden servicios de salud a los asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS).

3.2.2. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas del ámbito del Instituto de Gestión de Servicios de Salud IGSS y de los Gobiernos Regionales de Salud a través de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAs), Gerencias Regionales de Salud (GERESAs), las Redes de Servicios de Salud, otras UGIPRESS, las Unidades Ejecutoras o las que hagan sus veces.

3.3. Se exceptúan de la aplicación de la presente Directiva Administrativa, las IPRESS o UGIPRESS públicas o privadas para las que se consigne de manera expresa en el contrato o convenio firmado con el SIS, un procedimiento y/o formato diferente.



4. BASE LEGAL

- 4.1. Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- 4.2. Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, y sus modificatorias.
- 4.3. Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, y sus modificatorias.
- 4.4. Ley N° 28716, Ley de Control Interno de las Entidades del Estado, y sus modificatorias.
- 4.5. Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, y su modificatoria.
- 4.6. Ley 29344, Ley de Aseguramiento Universal en Salud y su Texto Único Ordenado – TUO aprobado por el Decreto Supremo N° 020-2014-SA.
- 4.7. Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 4.8. Decreto Legislativo N° 1163, Decreto Legislativo que Aprueba Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.9. Decreto Legislativo N° 1164, Decreto Legislativo que Establece Disposiciones para la Extensión de la Cobertura Poblacional del Seguro Integral de Salud en Materia de Afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado.
- 4.10. Decreto Legislativo N° 1165, Decreto Legislativo que Establece el Mecanismo de “Farmacias Inclusivas” para Mejorar el Acceso a Medicamentos Esenciales a Favor de los Afiliados del Seguro Integral de Salud (SIS).
- 4.11. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 4.12. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento en Salud.
- 4.13. Decreto Supremo N° 019-2014-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1165, que Establece el Mecanismo de “Farmacias Inclusivas” para Mejorar el Acceso a Medicamentos Esenciales a Favor de los Afiliados del Seguro Integral de Salud (SIS).
- 4.14. Decreto Supremo N° 030-2014-SA, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163 que aprueba disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.15. Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG, que aprueba las Normas de Control Interno.
- 4.16. Resolución Jefatural N° 005-205/SIS, que aprueba el Plan Operativo Institucional – POI, del Seguro Integral de Salud, correspondiente al Ejercicio Presupuestal 2015, del 14 de enero de 2015.
- 4.17. Resolución Jefatural N° 026-2015/SIS, que aprueba la Directiva Administrativa N° 001-2015-SIS/OGPPDO-V.01, “Directiva Administrativa sobre Normas para la Elaboración o Actualización, Aprobación, Difusión, Implementación y Evaluación de las Directivas Administrativas del Seguro Integral de Salud (SIS)”.



5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN OPERATIVA

5.1.1. FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA)

Es el instrumento en el que se registra, en físico o en medio magnético, los datos requeridos por el SIS, tanto de la prestación brindada por la Institución Prestadora de Servicios de Salud como del asegurado que la recibe. Se caracteriza por contener una numeración única que lo identifica y se utiliza como fuente de información para los registros informáticos del SIS así como para los procesos de validación prestacional y como comprobante del pago de prestaciones.



5.2. FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) – TIPO 1

Es el formato aprobado por el Seguro Integral de Salud, en el que se registra en físico o magnético la información sobre la atención y prescripción (productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, procedimientos, diagnósticos y terapéuticos), así como la información sobre la afiliación del asegurado al SIS, que recibe una prestación de salud o una prestación administrativa. Además, sirve de sustento para el pago de la prestación correspondiente.

5.3. FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) – TIPO 2

Es el formato abreviado aprobado por el Seguro Integral de Salud, en el que se registra en físico o magnético la información sobre la atención y prescripción (productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, procedimientos, diagnósticos y terapéuticos), así como la información sobre la afiliación del asegurado al SIS, que recibe una prestación de salud o una prestación administrativa. Aplica para aquellas instituciones prestadoras de servicios de salud que no requieran registrar necesariamente el rubro de "Actividades preventivas", y/o actividades recuperativas que consideren la atención a la gestante y al niño menor de doce (12) años. Además, sirve de sustento para el pago de la prestación correspondiente.

5.4. SOBRE EL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) A UTILIZAR

Es facultad del prestador de servicios, la elección del uso de alguno o de ambos tipos del Formato Único de Atención (FUA), Tipo 1 Anexo 1 o Tipo 2 Anexo 2, de la presente Directiva Administrativa, los mismos que deberán estar acordes con el tipo de actividades que realicen los servicios de las IPRESS.

6. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

6.1 METODOLOGÍA DE LA APLICACIÓN

6.1.1 Para el registro de los datos de afiliación, deberán considerarse los mismos datos que corresponden al Formato de Afiliación. Estos datos serán llenados en la Oficina o Unidad de Seguros o de Admisión, UPSS donde se brinda la atención al asegurado o según disponga la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS).

6.1.2 Los datos de la atención y prescripción (procedimientos, productos farmacéuticos, insumos y apoyo al diagnóstico) serán registrados y firmados por el profesional de la salud que brindó la atención. Además, en el anverso del Formato Único de Atención (FUA) deberá contar con la firma y/o huella digital del afiliado o apoderado, según corresponda, en señal de conformidad.

6.1.3 Los datos de productos farmacéuticos e insumos entregados, deben ser registrados y firmados por el responsable de la farmacia. Los datos de apoyo al diagnóstico serán registrados y firmados por el responsable de laboratorio, el responsable de diagnóstico por imágenes u otro personal autorizado, según corresponda. El llenado de la cantidad prescrita de productos farmacéuticos, insumos y procedimientos médicos quirúrgicos son de carácter obligatorio. Se deberá contar con la firma y huella digital del asegurado o apoderado, según corresponda, en señal de conformidad en el reverso del Formato Único de Atención (FUA). En caso que el paciente no pueda colocar su huella digital, deberá firmar el apoderado, quien deberá consignar adicionalmente sus nombres y



apellidos completos y el número de su Documento Nacional de Identidad o carnet de extranjería.

- 6.1.4 En caso de prestaciones reportadas por los Hospitales e Institutos Especializados, se llenarán sólo los campos correspondientes del Formato Único de Atención (FUA) de acuerdo a su nivel de complejidad.

6.2 INSTRUCCIONES PARA EL CORRECTO LLENADO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA):

- 6.2.1 Se registra sólo una (1) prestación por formato, excepto en el caso de prestaciones preventivas, en las que se pueden registrar varias de estas prestaciones, cuando se realizan en el mismo día.
- 6.2.2 Para el caso en que se permita registrar más de una prestación en el Formato Único de Atención (FUA), el contrato o convenio deberá especificar los criterios que permitan desagregar dichas prestaciones para fines estadísticos y/o de análisis.
- 6.2.3 Existen dos formas de llenar el Formato Único de Atención (FUA):

6.2.3.1 Formato de Atención Pre-impreso:

- a) Tendrá registrado el Número de Formato pre-impreso, que estará bajo control del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), Dirección Regional de Salud (DIRESA), Gerencia Regional de Salud (GERESA), la Red de Servicios de Salud, la Unidad Ejecutora o la que haga sus veces, previa autorización de la Unidad Desconcentrada Regional (UDR) de la respectiva Gerencia Macro Regional GMR del SIS. Esta numeración deberá ser única.
- b) En los espacios para llenar, escribir con letra de imprenta, mayúscula y legibles.
- c) En lo posible utilizar un solo color de tinta, preferentemente azul o negro.
- d) El Formato no debe tener borrones, correcciones o enmendaduras.
- e) El llenado del Formato Único de Atención (FUA) será por duplicado. El original se enviará al punto o centro de digitación correspondiente, dentro de los plazos establecidos por la normatividad del SIS, y la copia legible se incluirá en la Historia Clínica del usuario, para efectos de procesos de control u otros que el SIS realice.
- f) Excepcionalmente, en caso que la IPRESS sea punto o centro de digitación, podrá imprimir sólo un Formato Único de Atención (FUA), siempre y cuando garantice la ubicación del mismo en la Historia Clínica del usuario, al momento de los procesos de supervisión u otros que el SIS realice.
- g) Los Puntos de Digitación entregarán la data electrónica con la producción periódica de las prestaciones a las Unidades Desconcentradas Regionales (UDRs), de la respectiva Gerencia Macro Regional GMR del



SIS, las cuales ingresan dicha información en el aplicativo web SIASIS según cronograma establecido por el SIS.

6.2.3.2 Formato de Atención Electrónico

- a) Es el instrumento electrónico que contiene todos los componentes del Formato Único de Atención (FUA) para aquellas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) que cuenten con un sistema informático diferente al ARFSIS y SIASIS, bajo responsabilidad del IGSS, DIRESA, GERESA, Red de Servicios de Salud, las Unidades Ejecutoras, o las que hagan sus veces.
- b) Las IPRESS que opten por utilizar el Formato Único de Atención (FUA) Electrónico deberán coordinar con la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones (GREP) y la Oficina General de Tecnología de la Información (OGTI) a través de la UDR y la GMR correspondiente a fin de determinar las condiciones del envío de la información al SIS.
- c) En caso que la IPRESS opte por utilizar el Formato Único de Atención (FUA) Electrónico, el IGSS, la DIRESA, la GERESA, la Red de Servicios de Salud, la Unidad Ejecutora o la que haga sus veces, deberá garantizar que la numeración sea única y que los datos estén acorde con la estructura del Formato Único de Atención (FUA) dispuesta en la presente Directiva Administrativa.
- d) Al finalizar la atención, la IPRESS imprimirá un Formato Único de Atención (FUA), debiendo actuar de acuerdo a lo dispuesto en los numerales 1.11 y 2.7 del anexo 3, y 1.9 y 2.7 del anexo 4, e incluirá el Formato Único de Atención (FUA) en la Historia Clínica del asegurado/usuario, para efectos de procesos de supervisión u otros que el SIS realice.
- e) Las IPRESS entregarán la data electrónica con la producción periódica de la prestación a la UDR de la respectiva Gerencia Macro Regional GMR del SIS. El equipo de la UDR verificará el cumplimiento de las condiciones de envío de dicha información de acuerdo a lo establecido en el literal c) del numeral 6.2.3.2 de la presente Directiva Administrativa.



6.2.3.3 En el llenado del Formato Único de Atención (FUA) Pre-impreso y Electrónico se deberá considerar lo siguiente:

- a) En los recuadros con alternativas, colocar una "X" o el número que corresponda.
- b) Se registrará la firma y sello del responsable de la atención.
- c) Se registrará la firma y/o huella digital del asegurado, usuario o apoderado, según corresponda, en señal de conformidad. En caso que el paciente no pueda firmar o colocar su huella digital, deberá firmar el apoderado. En los casos que firma el apoderado, deberá consignar adicionalmente sus nombres y apellidos completos y el número de su Documento Nacional de Identidad o Carnet de Extranjería.



- d) Todo formato con error en el registro por omisión de algún dato, ilegibilidad, con borrones, enmendaduras, añadiduras o entrelíneas, principalmente sobre datos de afiliación (apellidos, nombres y código de afiliación), firma y sello del responsable de la atención, firma y sello del responsable de farmacia, laboratorio y/o diagnóstico por imágenes, y firma y huella digital del afiliado o apoderado en el anverso y reverso, según corresponda, del Formato Único de Atención (FUA), podrá ser rechazado en los procesos de evaluación prestacional para efectos del pago.

7. RESPONSABILIDADES

- 7.1. La Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones es la responsable de conducir la implementación del Formato Único de Atención (FUA).
- 7.2. La Oficina General de Tecnología de la Información es responsable de la adecuación de los aplicativos informáticos del SIS que permitan el registro de campos del Formato Único de Atención (FUA) aprobado en la presente directiva, el cual podrá ser de manera progresiva.

8. DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA: Los aspectos operativos no contemplados en la presente Directiva Administrativa, serán regulados de manera complementaria por la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, mediante documento expreso.

SEGUNDA: Las DIRESAs / GERESAs o quien haga sus veces que tengan saldo del Formato Único de Atención (FUA) de acuerdo a la estructura del Instructivo N° 009-2008-SIS-J/GO podrán hacer uso del mismo hasta su término, realizando las adecuaciones necesarias para el registro, según corresponda, de acuerdo a los campos señalados en los Formatos Únicos de Atención aprobados a través de la presente Directiva Administrativa.



J. MORENO E

9. ANEXOS

- 9.1 ANEXO 1: FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) TIPO 1 (Anverso y Reverso).
- 9.2 ANEXO 2: FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) TIPO 2 (Anverso y Reverso).
- 9.3 ANEXO 3: PAUTAS PARA EL LLENADO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) TIPO 1.
- 9.4 ANEXO 4: PAUTAS PARA EL LLENADO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) TIPO 2.
- 9.5 ANEXO 5: FLUJOGRAMA DEL USO DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) PRE IMPRESO.
- 9.6 ANEXO 6: FLUJOGRAMA DEL USO DEL FORMATO UNICO DE ATENCION (FUA) ELECTRÓNICO.



J. PINEDO



F. SANCHEZ Y.



PERU

Ministerio de Salud

ANEXO 1

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NÚMERO DE FORMATO		INSTITUCIÓN EDUCATIVA		CÓDIGO	
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
----------------------------	---

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	Nº HOJA DE REFERENCIA
ITINERANTE		EXTRAMURAL	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			
APELLIDO PATERNO				COD. SEGURO	APELLIDO MATERNO		
PRIMER NOMBRE				DTRDS NOMBRES			
SEXO	FECHA	DÍA	MES	AÑO	Nº DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA
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			HDRA	UPS	CÓD. PRESTA.	CÓD. PRESTACION(ES) ADICIONAL(ES)	HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO						DE INGRESO				
								DE ALTA				
								DE CORTE ADMINISTRATIVO				
REPORTE VINCULADO	CÓD. AUTORIZACIÓN		Nº FUA A VINCULAR									

CONCEPTO PRESTACIONAL

ATENCIÓN DIRECTA	COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASLADO	SEPELIO		
	Nº Autorización		Nº Autorización			NATIMUERTO	OBITO	OTRO
	Monto S/.		Monto S/.					

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO

ALTA	CITA	HOSPITALIZACIÓN	REFERIDO			CDNTR RREFERIDO	FALLECIDO	CDRTE 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	Nº HDJA DE REFER / CONTRARR.
----------------------------	--	------------------------------

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS

PESO (Kg)	TALLA (cm)	P.A. (mmHg)		VACUNAS Nº DE DOSIS		
				BCG	INFLUENZA	ANTIAMARILICA
DE LA GESTANTE	DEL RECIEN NACIDO	GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		ANTINEUMOC		
CPN (Nº)	EDAD GEST RN (SEM)	CREO Nº	PAB (cm)	DPT	PAROTID	
EDAD GEST	APGAR 1º 5º	R N PREMATURO	TAPI EEDP o TEPSI	APO	RUBEOLA	ANTITETANICA
ALTURA UTERINA		BAJO PESO AL NACER	CONSEJERIA NUTRICIONAL	ASA	ROTAVIRUS	COMPLETAS PARA LA EDAD SI NO
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Cerdón (2 a 3 min)	ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER	CONSEJERIA INTEGRAL	SPR	DT ADULTO (Nº DDSIS)	VPH
CONTROL PUERP (Nº)		Nº FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.	IMC (Kg/M²)	SR	IPV	OTRA VACUNA
				HVB	PENTAVAL	
				GRUPO DE RIESGO HVB	GRUPO DE RIESGO HVB: 1 TRABAJADORA DE SALUD 2 TRABAJAD. SEXUALES 3 HEM 4 PRINADO LIBERTAD 5 FF AA 6 POLICIA NACIONAL 7 ESTUDIANTES DE SALUD 8 POLITRANSPORTADOS 9 DROGO DEPENDIENTES	

DIAGNÓSTICOS

Nº	DESCRIPCIÓN	INGRESO			EGRESO		
		TIP 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. MEDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIOLOGO 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

APDDERADO

APDDERADO:

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

DNI o CE DEL APDDERADO:

Huella Digital del Asegurado o del Apoderado



PRODUCTOS FARMACEUTICOS / MEDICAMENTOS

CÓDIGO SISMED	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX	COD. SISMED	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX
00794	AMOXICILINA	SUS	250mg/5mL x 60 mL										
05986	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	SUS	200mg+40 mg/5mL x 60 mL										
04582	MEBENDAZDL	SUS	100mg/5mL x 30 mL										
05253	OXITDCINA	INY	10 UI										
05309	PARACETAMOL	JBE	120 mg/5 mL x 60 mL										
03513	ACIDO FOLICO/SULFATO FERROSO	TAB	400ug+60mg Fe										
S0001	MULTIMICRONUTRIENTES	SB1	12.5 mg Fe										
03519	SULFATO FERROSO	JBE	15mg Fe/5mL x 180 mL										
03536	SULFATO FERROSO	SOL	25mg Fe/mL x 30 mL										

DISPOSITIVOS MÉDICOS / PRODUCTOS SANITARIOS

CÓDIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX	CÓDIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX
15779	CEPILLO DENTAL PARA NIÑOS												
26943	PASTAS DENTRIFICAS PARA LIMPIEZA DE DIENTES PARA NIÑOS	Tbo	90g										

PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO

CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES	CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES
85018	ODSAJE DE HEMOGLOBINA										
92015	REFRACCIÓN Y EDICIÓN DE LA VISIÓN										
99411	ESTIMULACIÓN TEMPRANA										
99403	CONSEJERIA NUTRICIONAL										
87172	TEST DE GRAHAM										
87177	EXAMEN DE PARÁSITOS Y HUEVOS POR FROTIS DIRECTO (3 MUESTRAS)										

SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (PROCEDIMIENTOS)

NOMBRE	CARACT	IND/ PRES	EJE/ ENTR	DX	RES	N° TICKET	PO

DBSERVACIONES

--

FIRMA

ASIGNADO

APROBADO

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



J. MORENO E



F. SANCHEZ Y



J. PINEDO



FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NÚMERO DE FORMATO

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		INTRAMURAL	AMBULATORIA	CÓD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	Nº HOJA DE REFERENCIA
ITINERANTE		EXTRAMURAL	REFERENCIA			
			EMERGENCIA			

DEL ASEGURADO / USUARIO

IDENTIFICACIÓN		CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS			ASEGURADO DE DTRA IAFAS	
TDI	Nº DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS		NÚMERO	INSTITUCIÓN	
					CDD. SEGURD	
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO		
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES		
SEXO	FECHA	DÍA	MES	AÑO	Nº DE HISTORIA CLÍNICA	ETNIA
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.	HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO					DE INGRESO				
							DE ALTA				
							DE CD RTE ADMINISTRATIVO				
REPORTE VINCULADO	CÓD. AUTORIZACIÓN		Nº FUA A VINCULAR								

CONCEPTO PRESTACIONAL

ATENCIÓN DIRECTA	COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTÍA		TRASLADO	SEPELIO		
	Nº Autorización		Nº Autorización			NATIMUERTO	OBITO	OTRO
	Monto \$/		Monto \$/					

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO

ALTA		CITA	HOSPITALIZACIÓN	REFERIDO			CONTRA REFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.
				EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APDOYO AL DIAGNÓSTICO			

SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS	NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE	Nº HOJA DE REFER / CONTRARR.

OTRAS ACTIVIDADES

PESD (Kg)	TALLA (cm)	P.A. (mmHg)	TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	PAT. NOR

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

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

FIRMA

ASEGURADO

APODERADO

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

DNI o CE DEL APODERADO:

Huella Digital del Asegurado o del Apoderado



ANEXO 3

PAUTAS PARA EL LLENADO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) TIPO 1.

1. ANVERSO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN – FUA TIPO 1:

1.1 NUMERO DE FORMATO:

Es el número que identificará la atención brindada por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) y debe estar pre impreso en el formato antes de su distribución (FUA pre-impreso). En el caso del FUA electrónico debe imprimirse después de brindada la atención. Deberá figurar el mismo Número de Formato tanto en el anverso como en el reverso del FUA, en los casilleros correspondientes.

Para el caso de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) privadas, la numeración del FUA será asignada por el SIS a través de la GREP, en coordinación con OGTI.

El Número de Formato consta de tres campos:

- a) El primer campo, conformado por tres primeros dígitos, que identifican al IGSS, DIRESA, GERESA, Red de Servicios de Salud, Unidad Ejecutora o la que haga sus veces (código numérico) al cual pertenece la IPRESS.
- b) El segundo campo, conformado por dos dígitos numéricos, corresponde al lote. En el caso del FUA pre impreso, el lote corresponde a los dos dígitos finales del año de impresión de los formatos. En el caso del FUA electrónico, el lote es el año de generación del FUA.

Ejemplos:

1. FUA que corresponde a la atención N° 12 de la DIRESA CHANKA-ANDAHUAYLAS cuyo código es 090, y fue impreso por la DIRESA en el año 2014.

NUMERO DE FORMATO		
090	14	00000012

2. FUA generado en el año 2015 por el Hospital Honorio Delgado de la Región Arequipa, cuyo código de DIRESA es 040. La atención brindada es la N° 602, ya que el hospital cuenta con un sistema informático propio (es decir, diferente al ARFSIS y SIASIS) para generar e imprimir FUAs.

NUMERO DE FORMATO		
040	15	00000602



- c) El tercer campo constará de ocho dígitos que corresponden al número correlativo de la atención. Para ello, el IGSS, la DIRESA, la GERESA, la Red de Servicios de Salud, la Unidad Ejecutora o la que haga sus veces, en coordinación con la UDR de la respectiva Gerencia Macro Regional, asignará tanto para el FUA pre-impreso como para el FUA electrónico, un rango de numeración correlativo, el cual deberá ser único, a fin de evitar su duplicación, teniendo en cuenta que en ningún caso podrán existir FUAs con numeración duplicada, ni en la misma IPRESS ni en diferentes IPRESS. Asimismo, tampoco podrá duplicarse la numeración de los FUAs electrónicos con la numeración de los FUAs pre-impresos.

1.2 INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

Para el caso del Plan de Salud Escolar (PSE) se registrará el nombre y código de la Institución Educativa (I.E.E.) nivel educativo, sección y turno en el cual el escolar matriculado se encuentra durante la intervención de tamizaje en la Institución Educativa.

Se deberá marcar obligatoriamente con un aspa alguna de las opciones "Inicial", "Primaria" o "Secundaria" según se trate el nivel educativo al cual pertenece el escolar.

- a) En el caso de nivel inicial, sólo se deberá marcar con una X en el recuadro de nivel inicial.
- b) En el caso de nivel Primaria, se deberá registrar un número entre el 1 y el 6 dependiendo del grado en que se encuentre el escolar, de acuerdo al siguiente detalle:

Grado de Estudios (Primaria)	Número a registrar
Primero (1°)	1
Segundo (2°)	2
Tercero (3°)	3
Cuarto (4°)	4
Quinto (5°)	5
Sexto (6°)	6

- c) En el caso de nivel Secundaria, se deberá registrar un número entre el 1 y el 5 dependiendo del año en que se encuentra el escolar, según el siguiente detalle:

Año de Estudios (Secundaria)	Número a registrar
Primero (1°)	1
Segundo (2°)	2
Tercero (3°)	3
Cuarto (4°)	4
Quinto (5°)	5

- d) En turno se registrará la letra "M" si se trata del turno mañana o "T" si se trata del turno tarde.



Ejemplos:

1. Tamizaje en el marco de Plan de Salud Escolar realizado a un escolar de Inicial 4 años, sección "A" del turno mañana, en la Institución Educativa "El Edén" cuyo código es 2731.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA						CÓDIGO	
El Edén						2731	
INIC	PRIM	SEC.		SECCIÓN	A	TURNO	M

2. Tamizaje en el marco de Plan de Salud Escolar realizado a un escolar de 3er. Grado de Primaria, sección "B" del turno tarde, en el Colegio Corazón Inmaculado de María cuyo código es 7153.

INSTITUCIÓN EDUCATIVA						CÓDIGO	
Corazón Inmaculado de María						7153	
INIC	PRIM	SEC.	3	SECCIÓN	B	TURNO	T

1.3 DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS)

a) NOMBRE Y CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS:

Se registrará el código RENAES asignado a la IPRESS y el nombre de la misma.

Ejemplo:

Centro de Salud Imaza del Distrito de Imaza, Provincia de Bagua, Región Amazonas con código RENAES 5070



DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	
CODIGO RENAES DE LA IPRESS	NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN
5070	CENTRO DE SALUD IMAZA

b) PERSONAL QUE ATIENDE

La atención puede ser realizada por personal en los siguientes escenarios:

- De la IPRESS:** Personal de salud que brinda la atención en una IPRESS con la cual tiene vínculo contractual.
- Itinerante:** Personal de salud que brinda la atención en una IPRESS de la cual no depende su vínculo contractual.
- Oferta Flexible:** Equipo de salud que brinda atención extramural preventiva y/o recuperativa de manera complementaria a la red local de servicios de salud. En los casos que la atención es realizada por Oferta Flexible, se debe registrar el código de ésta en la casilla correspondiente.



Ejemplo:

Brigada AISPED con código A025005 que brinda atención en una comunidad de la Región Loreto, a la cual el EE.SS. "9 DE OCTUBRE", con código RENAES 5556, proporciona los insumos necesarios.

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN			
5556		9 DE OCTUBRE			
PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN	
DE LA IPRESS	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL		AMBULATORIA	X
ITINERANTE	A025005	EXTRAMURAL	X	REFERENCIA	
OFERTA FLEXIBLE		X		EMERGENCIA	

c) LUGAR DE ATENCIÓN:

Si el personal que atiende lo hace en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) será "Intramural"; de hacerlo fuera de la misma será "Extramural".

Ejemplo:

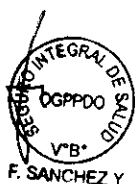
Consulta externa de medicina general en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) de Imaza, en este caso se marcará en el recuadro correspondiente a Intramural.

LUGAR DE ATENCIÓN	
INTRAMURAL	X
EXTRAMURAL	

d) ATENCIÓN:

Corresponde a las formas por las cuales el asegurado o usuario entra en contacto con la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) para ser atendido. Estas pueden ser:

- **Ambulatoria:** Es la atención de consulta externa o extramural brindada por la IPRESS que realiza la atención. Se registra esta opción cuando el asegurado o usuario se atiende por consulta externa sin hoja de referencia, correspondiendo su atención de acuerdo a la categoría de la IPRESS y normatividad vigente.
- **Referencia:** Es la atención de un asegurado o usuario referido por una IPRESS para una atención ambulatoria (Ejemplo: Interconsultas a especialista, por apoyo al diagnóstico o apoyo al tratamiento) o por emergencia. Obligatoriamente se deben registrar los datos de la IPRESS origen de la referencia (código RENAES, nombre y Número de Hoja de Referencia).
- **Emergencia:** Es la atención de daño que pone en riesgo la vida y/o que puede producir lesiones permanentes. Corresponden a las atenciones de emergencia que son atendidas por una IPRESS sin referencia previa. En este caso, se marcará con un aspa el recuadro "Emergencia".



Ejemplos:

- 1) Asegurado o usuario de 10 años atendido en consulta externa por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en la IPRESS donde se encuentra adscrita o cuenta con autorización para dicha atención.

ATENCIÓN	
AMBULATORIA	X
REFERENCIA	
EMERGENCIA	

- 2) Paciente asegurado que acude referido del Centro de Salud Betzabé con código RENAES 2219 para atención especializada con Hoja de Referencia N° 0431.

ATENCIÓN	
AMBULATORIA	
REFERENCIA	X
EMERGENCIA	

- 3) Madre que acude directamente por emergencia a la IPRESS por presentar cuadro de deshidratación aguda.

ATENCIÓN	
AMBULATORIA	
REFERENCIA	
EMERGENCIA	X

e) DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) U OFERTA FLEXIBLE QUE REALIZÓ LA REFERENCIA AL PACIENTE:

Cuando se realiza la atención de un paciente referido, se registrará el nombre de la IPRESS u oferta flexible que refirió al paciente, consignando el código correspondiente y el Número de Hoja de Referencia.

Necesariamente en el campo de "ATENCIÓN" debe marcarse con un aspa el ítem Referido.

Ejemplo

- 1) Paciente asegurado es referido por el Equipo AISPED "La Morada VIII" cuyo código de oferta flexible es A001013 y Hoja de Referencia N° 00032.

REFERENCIA REALIZADA POR:		
COD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	N° HOJA DE REFERENCIA
A001013	LA MORADA VIII	00032



- 2) Paciente asegurado acude a atenderse referido del Centro de Salud Galilea, con código RENAES N° 5175 y Hoja de Referencia N°00055.

REFERENCIA REALIZADA POR:		
COD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	N° HOJA DE REFERENCIA
5175	Centro de Salud Galilea	00055.

1.4 DEL ASEGURADO / USUARIO

a) IDENTIFICACIÓN:

Para la identificación del paciente se registra los datos: Tipo de Documento de Identidad y el número del documento.

i. **Tipo de Documento de Identidad:**

Se debe registrar de acuerdo a lo siguiente:

2 = Documento Nacional de Identidad (DNI),

3 = Carné de Extranjería

ii. **Número de Documento:**

Se registra el número del DNI o del Carné de Extranjería según corresponda.

Ejemplo:

Usuario presenta DNI al momento de la atención.

IDENTIFICACIÓN	
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD
2	21734301

b) CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS

Corresponde al número asignado en el formato de afiliación para la identificación del asegurado.

Consta de tres campos, excepto para el caso de los recién nacidos, para quienes consta de cuatro campos:

- En el primer campo se consignarán los primeros tres dígitos, que corresponden al código de la DIRESA, GERESA, Red de Servicios de Salud, Unidad Ejecutora o la que haga sus veces.
- En el siguiente campo se consignará el dígito o letra que corresponde al tipo de seguro que tenga el asegurado según normatividad vigente, por ejemplo:

2= Afiliado a Régimen Subsidiado con DNI.

3 = Afiliado a Régimen Subsidiado con Carne de extranjería (CE).

E = Afiliación Temporal.

9 = SIS Independiente.



- En el tercer campo se coloca el número de DNI/Carné de Extranjería del asegurado.

Ejemplo:

Asegurado adulto al SIS Independiente de la DIRESA 330 con DNI 21734301:

CÓDIGO DE AFILIACIÓN SIS		
DIRESA / OTROS	NÚMERO	
330	9	21734301

c) ASEGURADO DE OTRA INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (IAFAS):

En el caso de un asegurado de otra Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), se registrará el código de la Institución de la cual procede el asegurado.

- 1 = ESSALUD
- 2 = FFAA
- 3 = SALUDPOL
- 4 = Otros
- 5 = Sin Seguro

En la casilla inferior, se registrará el código o número del seguro.

Ejemplo:

El Sr. Juan Pérez Torres, asegurado de ESSALUD, acude con su autogenerado N° 67011841PSHR006 para atenderse en la IPRESS El Triunfo del Gobierno Regional de Arequipa.

CÓDIGO DE AFILIACIÓN DE SEGURO	
INSTITUCIÓN	1
COD. SEGURO	67011841PSHR006

d) APELLIDOS Y NOMBRES

Se registrará en los espacios según corresponde: el apellido paterno, el materno y los nombres del asegurado o usuario.

En caso que el asegurado cuente con un solo apellido, ya sea paterno o materno, se procederá a llenar el dato en la casilla correspondiente, y el otro se dejará en blanco. Si el asegurado tuviera más de dos nombres, en el campo "otros nombres" se consignarán los que correspondan.

Ejemplo: Asegurado SIS cuyos apellidos y nombres son: Torres Quispe José Manual



APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
TORRES	QUISPE
PRIMER NOMBRE	OTROS NOMBRES
JOSÉ	MANUEL

e) SEXO

En el espacio correspondiente al sexo, marcar con un aspa el género masculino o femenino.

Ejemplo

Paciente de sexo femenino acude a la IPRESS para recibir atención.

SEXO	
MASCULINO	<input type="checkbox"/>
FEMENINO	<input checked="" type="checkbox"/>

f) FECHA DE PARTO / FECHA PROBABLE DE PARTO

En este recuadro se registrará de manera obligatoria la fecha real del parto en las siguientes prestaciones: Atención de Parto Normal (054), Atención de Cesárea (055) y Control de Puerperio (010).

En caso de brindar atención de salud a la gestante se debe registrar la fecha probable de parto, obtenida ésta última por el método que corresponda (fecha de última regla (FUR), Ecografía u otro método).

Ejemplo

- 1) Paciente Norma Figueroa Meza, atendida por cesárea, quien dio a luz a un recién nacido (RN) el día 10 de mayo de 2014.



FECHA	DIA		MES		AÑO			
FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO	1	0	0	5	2	0	1	4
FECHA DE NACIMIENTO								
FECHA DE FALLECIMIENTO								



- 2) Paciente gestante Juana Quispe Meza, atendida por consulta externa, cuya fecha probable de parto es calculada para el día 17 de octubre de 2014

FECHA	DIA		MES		AÑO			
FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO	1	7	1	0	2	0	1	4
FECHA DE NACIMIENTO								
FECHA DE FALLECIMIENTO								



g) FECHA DE NACIMIENTO

En la fecha de nacimiento se registrarán los datos en los espacios correspondientes, para el día dos dígitos (01 al 31), para el mes dos dígitos (01 al 12) y para el año cuatro dígitos que corresponde al año de nacimiento.

Ejemplo:

Asegurada de sexo femenino que nació el 03 de febrero de 2014.

FECHA	DIA		MES		AÑO			
FECHA PROBABLE DE PARTO /FECHA DE PARTO								
FECHA DE NACIMIENTO	0	3	0	2	2	0	1	4
FECHA DE FALLECIMIENTO								

h) FECHA DE FALLECIMIENTO:

En este recuadro se registrará de manera obligatoria la fecha de fallecimiento del asegurado o usuario.

Ejemplo:

Paciente asegurado SIS atendido en el servicio de internamiento con cirugía mayor (067) quien falleció el 24 de febrero del 2014.

FECHA	DIA		MES		AÑO			
FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO								
FECHA DE NACIMIENTO								
FECHA DE FALLECIMIENTO	2	4	0	2	2	0	1	4

i) NÚMERO DE HISTORIA CLINICA:

Se registrará el número o la denominación alfanumérica que la IPRESS asigne a la historia clínica del usuario.

Ejemplo:

Asegurado / Usuario con historia clínica 14523

N° DE HISTORIA CLÍNICA
14523

j) ETNIA:

El personal de salud colocará el código que corresponda a la etnia a la que pertenezca el asegurado / usuario que atiende, cuando sea pertinente y de acuerdo a normatividad vigente.



k) SALUD MATERNA:

Se registrará marcando con un aspa si en la fecha de la atención la asegurada o usuaria está gestando o está en periodo de puerperio.

Ejemplo:

Asegurada o usuaria gestante acude a la IPRESS para consulta externa.

SALUD MATERNA	
GESTANTE	X
PUERPERA	

l) NUMERO DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI), CERTIFICADO DE NACIDO VIVO (CNV) o AFILIACIÓN DEL RECIEN NACIDO.

Estos campos sólo deben ser registrados en caso de atención del parto (código de servicio 054 ó 055) de una asegurada o usuaria del SIS.

Se registrará en el campo correspondiente el número de DNI o número de Certificado de Nacido Vivo – CNV o número de afiliación del recién nacido.

De producirse dos o más nacimientos deberá registrarse en cada campo el número de cada recién nacido según el orden de nacimiento en la casilla correspondiente.

Están exceptuados de este registro los óbitos fetales o natimueertos, en cuyo caso deberá registrarse el CIE 10 correspondiente.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) que cuentan con una Oficina Registral Auxiliar del RENIEC (ORA RENIEC) deberán registrar el número del DNI.

La IPRESS que no cuenta con ORA de RENIEC pero cuenta con el registro del CNV digital deberá registrar el número del CNV en línea, cuya numeración es correlativa.

La IPRESS que no cuente con ORA de RENIEC o CNV en línea, deberá registrar el número de afiliación temporal (sin DNI) en el marco de la normatividad vigente.

Ejemplos:

- 1) Se produjo un parto vaginal (054) en el C.S. San Miguel sin ORA RENIEC, y el trámite del CNV es manual, es una gestante afiliada al SIS Subsidiado con un solo RN. La afiliación es de manera directa y temporal.

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1	E-41267525
DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2	
DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3	



- 2) Se produjo una Cesárea (055) en el Hospital Regional de Huamanga, que cuenta con ORA RENIEC, y trámite de Certificado de Nacido Vivo en línea, es una paciente afiliada al SIS Subsidiado con dos (2) RN vivos.

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1	2-72593787
DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2	2-72493788
DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3	

- 3) Se produjo un parto vaginal (054) en el C.S. San Miguel, que no cuenta con ORA RENIEC, pero si con trámite de CNV digital, es una paciente afiliada al SIS Subsidiado con un solo RN.

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1	100000125
DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2	
DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3	

1.5 DE LA ATENCIÓN

a) FECHA DE ATENCIÓN:

Registra el día (del 01 al 31) y el mes (del 01 al 12). Los dos primeros dígitos del año podrían estar pre impresos. En Hospitalizados, la fecha de atención será la misma del alta (para evitar extemporaneidad en el reembolso o para efectos de supervisión que el SIS realice).

En los casos de pacientes asegurados del SIS, con estancia hospitalaria mayor a ciento ochenta (180) días, que continúan hospitalizados luego de registrada la atención en el FUA, la fecha de atención corresponde a la fecha de corte administrativo; por tanto, el registro de las prestaciones en estos casos deberá considerar como fecha de atención la fecha de corte administrativo.

Ejemplos:

- 1) Asegurado o usuario se atendió el 14 de setiembre de 2014.

FECHA DE ATENCIÓN							
DIA		MES		AÑO			
1	4	0	9	2	0	1	4

- 2) Asegurado o usuario fue hospitalizado el día 20 de abril de 2014 siendo dada de alta el 01 de mayo de 2014.

HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DIA		MES		AÑO			
	DE INGRESO	2	0	0	4	2	0	1	4
	DE ALTA	0	1	0	5	2	0	1	4
DE CORTE ADMINISTRATIVO									



b) HORA:

Corresponde a la hora en que se brinda la atención.

En caso de hospitalización se debe registrar la hora de ingreso al servicio, a fin de verificar las prestaciones brindadas antes de su hospitalización en el día.

La hora (01 al 24) se registrará en el primer recuadro y los minutos (01 al 60) en el segundo recuadro.

Para calcular la estancia se asumirá las 12:00 del mediodía como hora de ingreso y de alta.

Ejemplo: Asegurado o usuario se atendió a las 17.10 horas

HORA		
17	:	10

c) UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPS).

Se colocará el código de la Unidad Productora de Servicios (UPS) de la IPRESS donde se brinda la prestación, de acuerdo a la normatividad vigente del MINSA.

Ejemplo:

Asegurado / Usuario acude al servicio de consulta externa de la especialidad de Urología, en este caso corresponde registrar el código de UPS 221400

UPS
221400

d) CÓDIGO DE PRESTACIÓN

En este campo se registrará de manera obligatoria el código de prestación que se brinda. El personal que firmará en el anverso del FUA será al que corresponda el código de la prestación registrada en este campo.

Ejemplo:

Se brinda una atención de Control de Puerperio, se registrará en el casillero correspondiente el código de la prestación.

CÓD. PRESTA.
010



e) CÓDIGO DE PRESTACIÓN (ES) ADICIONAL (ES):

En este campo se pueden registrar una o más prestaciones preventivas diferentes a la señalada en "Código de Prestación" y que también hayan sido brindadas al asegurado o usuario en la IPRESS el mismo día. En tal sentido, en un mismo FUA pueden registrarse varias prestaciones preventivas, debiendo en todos los casos registrarse los diagnósticos, actividades, productos farmacéuticos, dispositivos médicos, productos sanitarios y/o procedimientos, según correspondan.

Ejemplo:

Se registran los datos de una adolescente de 13 años con un peso de 65 Kg, con 160 cm. de talla, con un índice de masa corporal de 25.8 kg/Mts², con Perímetro Abdominal 75 cm, se le brinda la prestación 017 "Atención Integral del Adolescente", se le realiza profilaxis antiparasitaria y también se le realiza tamizaje de Violencia intrafamiliar, siendo el resultado del tamizaje de salud mental normal.

CÓD. PRESTA.	CÓD. PRESTACION(ES) ADICIONALES
017	008, 022

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS											
PESO (Kg)		65		TALLA (cm)		160		P.A. (mmHg)			
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDO				GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR				JOVEN Y ADULTO	
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)				CRED N°	PAB (cm)	75		EVALUACIÓN INTEGRAL	
EDAD GEST		APGAR 1°				R.N. PREMATURO	TAP/ EEDP o TEPSI		ADULTO MAYOR		
ALTURA UTERINA		5°				BAJO PESO AL NACER	CONSEJERIA NUTRICIONAL		VACAM		
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cerdón (2 a 3 min)				ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER	CONSEJERIA INTEGRAL	<input checked="" type="checkbox"/>		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	PAT. <input checked="" type="checkbox"/>
CONTROL PUERP (N°)						N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.	IMC (Kg/M ²)	25.8			

DIAGNÓSTICOS							
N°	DESCRIPCIÓN	INGRESO			EGRESO		
		TIPO DE DX	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10		
1	Adolescente Normal	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z00.3	D	R
2	Otras medidas profilacticas	P	<input checked="" type="checkbox"/>	R	Z298	D	R
3		P	D	R		D	R
4		P	D	R		D	R
5		P	D	R		D	R



PRODUCTOS FARMACEUTICOS / MEDICAMENTOS						
CÓDIGO SISMED	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX
00794	AMOXICILINA	SUSP	250mg/5ml X 60 ml			
05986	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	SUSP	200/40 mg x 60 ml			
04582	MEBENDAZO..	SUSP	100mgx30 ml	6	6	2
05253	OXITOCINA	INY	10 UI			
05309	PARACETAMOL	SOL	120 mg/5 ml x 60 ml			
03513	ACIDO FOLICO/SULFATO FERROSO	TAB	400Ug/60Mg			
S0001	MULTIMICRONUTRIENTES	PLV	12.5 Mg He			
03519	SULFATO FERROSO	JBE	180 ml / 25 mg			
03536	SULFATO FERROSO	SOL	30 ml / 25 mg			

f) FECHA DE INGRESO, ALTA Y CORTE ADMINISTRATIVO

Sólo aplica en pacientes asegurados hospitalizados. Se registrará la fecha de ingreso en el recuadro asignado. La fecha de Alta corresponde a la fecha en que el paciente egresa de la IPRESS. En los casos de parto inminente, la fecha de Alta deberá ser la misma que se registra en el espacio correspondiente a la Fecha de Atención.

Para los casos de asegurados con estancia hospitalaria mayor a ciento ochenta (180) días, por cuya atención se solicita el pago, y el paciente continuara hospitalizado, se deberá registrar la fecha de corte administrativo.

Ejemplos:

- 1) Paciente asegurado ingresa a las 20:00 horas por el servicio de emergencia el 27 de octubre de 2013, se mantiene en observación y al día siguiente es internado, saliendo de alta el 04 de noviembre de 2013.



HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DÍA		MES		AÑO			
	DE INGRESO	2	7	1	0	2	0	1	3
	DE ALTA	0	4	1	1	2	0	1	3
	DE CORTE ADMINISTRATIVO								

- 2) Paciente asegurado hospitalizado desde el 01 de abril de 2013 por cuya atención el hospital solicitó pago con corte administrativo al 30 de octubre de 2013, por primera vez, por requerir continuar con la hospitalización.



HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DÍA		MES		AÑO			
	DE INGRESO	0	1	0	4	2	0	1	3
	DE ALTA								
	DE CORTE ADMINISTRATIVO	3	0	1	0	2	0	1	3



- 3) Paciente asegurado hospitalizado desde el 01 de abril de 2013 por cuya atención el hospital solicitó pago con corte administrativo al 30 de octubre de 2013 con FUA N° 020-13-23235 y posteriormente solicita un segundo pago con fecha de corte administrativo al 28 de febrero de 2014.

HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DÍA		MES		AÑO			
	DE INGRESO	0	1	0	4	2	0	1	3
	DE ALTA								
	DE CORTE ADMINISTRATIVO	2	8	0	2	2	0	1	4

g) REPORTE VINCULADO

Campo que deberá ser usado cuando sea necesario vincular el FUA actual con un FUA anterior por diversos motivos, correspondiendo en algunos casos el registro de código de autorización emitido por la UDR.

Para crear dicho vínculo se registrará el número del FUA de la atención previa con la cual se desea realizar la vinculación.

Para los casos de asegurados con estancia hospitalaria mayor a ciento ochenta (180) días, cuando se solicita el pago en una segunda o posterior oportunidad, luego de un anterior corte administrativo, se deberá realizar la vinculación con el FUA previo con el que se reportó el anterior corte administrativo.

Para ello se deberá consignar el número del último FUA con el cual se solicitó el pago anterior.

Ejemplo:

Paciente asegurado hospitalizado desde el 01 de abril de 2013 por cuya atención el hospital solicitó pago con corte administrativo al 30 de octubre de 2013 con FUA N° 020-13-23235 y posteriormente solicita un segundo pago con fecha de corte administrativo al 31 de mayo de 2014.

REPORTE VINCULADO	CÓD. AUTORIZACIÓN	N° FUA A VINCULAR
		020-13-23235

Para el caso de la omisión de un procedimiento, medicamento e insumo por parte de la IPRESS, previa solicitud de la IPRESS y autorización de la UDR en los casos que corresponda, se deberá registrar tanto el número de autorización otorgado por la UDR como el FUA a vincular ya registrado en el sistema como prestación principal.



Ejemplo

Se solicita el registro posterior para un procedimiento que se realizó en una atención previa, para lo cual cuenta con el código de autorización correspondiente de la UDR (Ej. 00000000) siendo el Número del FUA en el cual se registró la atención previa el 090-14-00000076.

REPORTE VINCULADO	CÓD. AUTORIZACIÓN	N° FUA A VINCULAR
	00000000	090-14-00000076

h) CONCEPTO PRESTACIONAL:

Comprende a las prestaciones asistenciales:

i. ATENCIÓN DIRECTA

Son las Prestaciones regulares que el Aplicativo Informático del SIS considera por "omisión", de no corresponder o no marcar ninguna de las opciones restantes.

En este concepto están incluidas todas las atenciones comprendidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y en el Plan Complementario del SIS.

Ejemplo:

- 1) Para una Prestación regular que no requiere autorización se marcará con un aspa (X) de la siguiente manera:

CONCEPTO PRESTACIONAL									
ATENCIÓN DIRECTA <input checked="" type="checkbox"/>	COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTIA		TRASLADO	SEPELIO			
	N° Autorización		N° Autorización			NATIMUERTO	OBITO	OTRO	
	Monto S/.		Monto S/.						

ii. COBERTURA EXTRAORDINARIA:

Cuando el paciente asegurado cuenta con autorización de cobertura extraordinaria, el prestador deberá colocar en los recuadros correspondientes el número de autorización y monto autorizado para reembolso por la atención

Si cuenta con una autorización, se coloca el número de la autorización otorgado por el aplicativo de cobertura extraordinaria.

Ejemplo:

- 1) Atención por Cobertura Extraordinaria Autorizada con número de solicitud: 14-01204-1 a través del SIASIS cuyo monto es de diez mil y 00/100 nuevos soles (S/. 10.000.00).

CONCEPTO PRESTACIONAL									
ATENCIÓN DIRECTA	COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTIA		TRASLADO	SEPELIO			
	N° Autorización	14-01204-1	N° Autorización			NATIMUERTO	OBITO	OTRO	
	Monto S/.	10.000.00	Monto S/.						



Cuando existen una o más ampliaciones de autorización de cobertura extraordinaria para un mismo evento en el paciente, se colocará el número de la última ampliación de autorización otorgada por el aplicativo, además del monto total autorizado, es decir, la sumatoria de la autorización y ampliación(es) otorgadas para dicho evento.

2) Paciente asegurado cuenta con una (1) autorización de cobertura extraordinaria y dos (2) ampliaciones de autorización para el mismo evento, en el módulo de cobertura extraordinaria, por los siguientes montos:

- 14-02387-1 por S/. 3,240.00
 - 14-02387-2 por S/. 1,000.00
 - 14-02387-3 por S/. 2,800.00
- TOTAL S/. 7,040.00

CONCEPTO PRESTACIONAL									
ATENCIÓN DIRECTA	COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTIA		TRASLADO	SEPELIO			
	Nº Autorización	14-02387-3	Nº Autorización			NATIMUERTO	OBITO	OTRO	
	Monto S/.	7,040.00	Monto S/.						

iii. CARTA DE GARANTIA:

Se establece para aquellas prestaciones cuya autorización es otorgada por la UDR para la hospitalización del asegurado al componente Semisubsubido.

El prestador deberá colocar en los recuadros correspondientes el número de autorización y monto autorizado para reembolso por la atención.

iv. TRASLADO:

Se llenará un FUA de manera exclusiva cuando se trata de un asegurado con el beneficio de traslado, el cual contendrá datos de acuerdo a lo establecido en la normatividad de traslado.

v. SEPELIO:

Se llenará un FUA de manera exclusiva, cuando se trate de un asegurado con prestación económica de sepelio, el cual contendrá datos de acuerdo a lo establecido a la normatividad de la prestación económica de sepelio, pudiendo ser "Natimuerto", "Óbito" u "Otro" siendo este último otra causa del sepelio.

1.6 DEL DESTINO DEL ASEGURADO / USUARIO

Se debe indicar el destino del asegurado / usuario, para lo cual se presentan las siguientes opciones:

Un asegurado puede ser: dado de "Alta" si se resuelve el motivo de la consulta, Citado" para control, "Hospitalizado" o derivado a "Emergencia" en caso de requerirlo, "Referido"



J. MORENO E



F. SANCHEZ Y.



J. PINEDO

a otra IPRESS de mayor capacidad resolutive, o "Contrarreferido" a su IPRESS de origen. En caso de fallecimiento se registra dicho evento.

En los casos de destino "Referido", se deberá marcar la opción correspondiente según se trate de una referencia para atención de emergencia, consulta externa o para apoyo al diagnóstico. Asimismo, se deben consignar los datos de la IPRESS a la cual se realiza la referencia (código RENAES, Nombre de la IPRESS y Número de Hoja de Referencia).

En los casos de destino "Contrarreferido", se deberán consignar los de la IPRESS a la cual se realiza la contrarreferencia (código RENAES, Nombre de la IPRESS y Número de Hoja de Contrarreferencia).

En los casos de una prestación correspondiente a una estancia hospitalaria mayor de ciento ochenta (180) días por cuya atención se solicita el pago, y el paciente asegurado continuara hospitalizado, se deberá consignar en la casilla adyacente el número correlativo que corresponde a la vez en que se solicita el pago de la prestación con corte administrativo.

Ejemplos:

- 1) Paciente asegurado que fue referido para exámenes de apoyo al diagnóstico es contrarreferido a su IPRESS de origen que es el Centro de Salud Imaza con código RENAES 005070, con sus resultados, con Hoja de contrarreferencia N° 584932.

DEL DESTINO DEL ASEGURADO / USUARIO									
ALTA	CITA	HOSPITAL	REFERIDO			CONTRA RREFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.	
			EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO				
							<input checked="" type="checkbox"/>		
CÓDIGO RENAES DE LE.E.S.S.		NOMBRE DE LE.E.S.S. AL QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARREF.			
005070		Centro de Salud Imaza				584932			

- 2) Paciente asegurado hospitalizado desde el 01 de abril de 2013 por cuya atención el hospital solicita por primera vez el pago con corte administrativo al 30 de octubre de 2013 por requerir continuar internado.

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO									
ALTA	CITA	HOSPITAL	REFERIDO			CONTRA RREFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.	
			EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO				
									1

- 3) Paciente asegurado hospitalizado desde el 05 de diciembre de 2012 por cuya atención el hospital solicita por tercera vez el pago con corte administrativo al 31 de diciembre de 2014 por requerir continuar internado.

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO									
ALTA	CITA	HOSPITAL	REFERIDO			CONTRA RREFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.	
			EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO				
									3



1.7 ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS

a) PESO Y TALLA

Es obligatorio el registro del peso en kilogramos y la talla en centímetros en las prestaciones preventivas y otras que se detallan a continuación: atención prenatal (009), atención inmediata del recién nacido (050), control del recién nacido con menos de 2,500 gramos (002), salud escolar (S02), CRED en menores de 0 - 4 años (001), CRED en menores de 5 – 9 años (118), CRED en menores de 10 – 12 años (119), atención integral del adolescente (017), atención integral de salud del joven y adulto (904), y atención integral de salud del adulto mayor (903).

b) DE LA GESTANTE

Se registrarán los campos correspondientes a la atención materno- infantil de manera obligatoria en las IPRESS del primer y segundo nivel de atención.

- **Control Pre – natal.** Se deberá indicar el número de control de la atención pre natal e incluir obligatoriamente en cada control, los valores de peso (Kg), talla (cm), altura uterina (cm) presión arterial de la gestante (P/A) y la semana de gestación (EG).

En caso de brindarse sesiones de psicoprofilaxis, se deberá registrar el código CPT respectivo en la parte posterior del FUA. Asimismo, en caso de brindarse consejería nutricional a la gestante, se deberá marcar la opción de consejería nutricional.

- **Edad gestacional de la Madre.** La edad gestacional es de manera obligatoria en los campos en los que se registre el campo de salud materna gestante y en el parto o cesárea.

En todos los servicios en los que se registra el campo "Gestante" se deberá consignar la edad gestacional de la madre.

- **Altura Uterina.** Se deberá llenar de manera numérica, desde 0 hasta 45 cm, de acuerdo a la condición. A partir de la semana 14 de gestación su registro es obligatorio. Se debe registrar en la gestante y en la puerpera.

- **Presión Arterial.** Campo con apertura a todos los códigos de servicio.

Ejemplo:

Al sexto control prenatal acude una gestante con 36 semanas de gestación, a quien se registra el peso (78.5 Kg), Talla (170 cm), altura uterina (30 cm) y presión arterial 90/60 mmHg). Se le realiza tamizaje de VIF con resultado normal. Además la gestante recibe consejería nutricional durante la atención.



ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS										
PESO (Kg)		78.5		TALLA (cm)		170		P.A. (mmHg)		90/60
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDO			GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR				JOVEN Y ADULTO	
CPN (N°)	6	EDAD GEST RN (SEM)			CRED N°		PAB (cm)		EVALUACIÓN INTEGRAL	
EDAD GEST	36	APGAR	1°	5°	R.N. PREMATURO		TAP/EEDP o TEPSi		ADULTO MAYOR	
ALTURA UTERINA	30		BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL		X		VACAM	
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)			ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	PAT. NOE
CONTROL PUERP (N°)					N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M ²)			

- Parto Vertical:**

Se marcará con un aspa (X) en el recuadro correspondiente en caso de parto vertical.

- Control de Puerperio:**

En el control de puerperio se deberá registrar el digito 1 o 2 dependiendo si se trata del primer o segundo control puerperal, incluyendo de manera obligatoria en cada control, los valores de peso (Kg), talla (cm), altura uterina (cm) y presión arterial. Es necesario registrar en este caso la fecha de parto.

Ejemplo

Corresponde al primer control de puerperio, en el cual se registra el peso (78.50 Kg) la talla (170 cm) y la presión arterial 90/60mmHg). Se le realiza tamizaje de VIF con resultado normal. Se le brinda consejería nutricional y lactancia materna exclusiva.



ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS										
PESO (Kg)		78.5		TALLA (cm)		170		P.A. (mmHg)		90/60
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN 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		X		VACAM	
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)			ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	PAT. NOE
CONTROL PUERP (N°)	1				N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M ²)			

c) DENTRO DE LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

En la atención inmediata del recién nacido se deberá indicar la edad gestacional del recién nacido expresada en número de semanas, el APGAR al nacer al minuto y a los 5 minutos y el peso y la talla.

De ser el caso, se marcará con un aspa (X), si el corte del cordón se ha realizado a partir de los 2 a 3 minutos de nacimiento.

Ejemplo:

Se registran los datos de un recién nacido con un peso de 2.3 Kg, 47 cm de talla, con una valoración de la edad gestacional por Capurro de 38 semanas, con APGAR 8 al minuto y 9 a los cinco minutos. El corte del cordón se suscitó después de los 2 minutos de nacido.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS											
PESO (Kg)		2.3		TALLA (cm)		47		P.A. (mmHg)			
DE LA GESTANTE		DEL RECIÉN NACIDO				GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR			JOVEN Y ADULTO		
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)		38		CRED N°		PAB (cm)		EVALUACIÓN INTEGRAL	
EDAD GEST		APGAR		1°	8	5°	9	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)		X		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		TAMPAJE DE SALUD MENTAL	PAT. NOR.
CONTROL PUERP (N°)						N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASAMAT.		IMC (Kg/M ²)			

d) DEL NIÑO

Dentro de la atención integral del niño, Códigos de Servicio 001 (control de crecimiento y desarrollo en menores de 0-4 años), 118 (control de crecimiento y desarrollo en menores de 5 – 9 años) y 119 (control de crecimiento y desarrollo en menores de 10 – 12 años) se deberá registrar el número de control CRED, además del peso y la talla de manera obligatoria.

Para la atención del CRED con código de servicio 002, "Control del Recién Nacido con menos de 2,500 gramos", en menores de 01 año de edad, se deberá marcar en la casilla correspondiente cuando tengan antecedentes de prematuridad, enfermedad congénita, secuela al nacer o bajo peso al nacer.

Asimismo, este código podrá ser utilizado para los Controles de CRED en niños que tengan peso mayor de 2,500 gramos al nacer con antecedentes de prematuridad, enfermedad congénita o secuela al nacer, para lo cual deberá marcar la casilla correspondiente.

El Test abreviado Peruano (TAP) o pauta breve, es realizado dentro de la evaluación psicomotora; de corresponder se realizará la Escala de Evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP) o el Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) debiendo registrarse en el formato con un aspa (X) en la casilla correspondiente.



La administración suplementaria de micronutrientes y la consejería nutricional se encuentran incluidos dentro del paquete de atención integral de los diferentes servicios preventivos (Ej. 001, 005) por lo que una vez realizados se procederá a su registro en el FUA en el segmento de "Actividades Preventivas y otros".

Ejemplo:

- 1) La atención corresponde al primer control de crecimiento y desarrollo de un niño de 4 años de edad, que pesa 18 Kg y mide 103 cm, se brinda consejería nutricional a la madre y acompañante y, se administra suplemento de hierro. Como parte del CRED se le realiza el Test Abreviado Peruano (TAP) además, se le realiza tamizaje de salud mental en cuyo caso es normal.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS									
PESO (Kg)		18		TALLA (cm)		103		P.A. (mmHg)	
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDO			GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR			JOVEN Y ADULTO	
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)			CRED N°	1	PAB (cm)		EVALUACIÓN INTEGRAL
EDAD GEST		APGAR 1° 5°			R.N. PREMATURO		TAP/ EEDP o TEPESI	<input checked="" type="checkbox"/>	ADULTO MAYOR
ALTURA UTERINA					BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL	<input checked="" type="checkbox"/>	VACAM
PARTO VERTICAL		Corte Tardío de Cerdón (2 a 3 min)			ENFER. CONGENTA / SEQUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL
CONTR. PUERP (N°)					N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M²)		PAT. <input checked="" type="checkbox"/> NOR.

Para registrar la administración de micronutrientes, se debe consignar en "Productos Farmacéuticos/Medicamentos" del reverso del FUA, el producto farmacéutico administrado y la cantidad tanto prescrita como entregada.



PRODUCTOS FARMACEUTICOS / MEDICAMENTOS						
CÓDIGO SISMED	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX
00794	AMOXICILINA	SUS	250mg/5mLx 60 mL			
05986	SULFAMETOXAZOL + TR.METOPRIMA	SUS	200mg+40 mg/5mL x 60 mL			
04582	MEBENDAZOL	SUS	100mg/5mLx 30 mL			
05253	OXITOCINA	INY	10 UI			
05309	PARACETAMOL	JBE	120 mg/5 mL x 60 mL			
03573	ACIDO FOLICO/SULFATO FERROSO	TAB	400ug+60mg Fe			
S0001	MULTIMICRONUTRIENTES	SBi	12.5 mg Fe	30	30	1

e) DEL ADOLESCENTE:

En la atención integral del adolescente (Código de Servicio 017) se debe registrar el peso, talla, el índice de masa corporal (IMC), Perímetro Abdominal (PAB) y la consejería Integral que se realiza. Además, se puede registrar la Presión Arterial, y otros campos, de ser necesarios.

En el caso de adolescentes, se registrará la aplicación de la vacuna DT adulto (el número de la dosis).

Se deberá registrar si se realizó la consejería en planificación familiar y en el reverso del formato se deberá indicar el insumo prescrito.

Ejemplo:

1. Se registra los datos del adolescente asegurado con un peso de 52 Kg, con 160 cm de talla, con un índice de masa corporal de 20.8 kg/M², con Perímetro Abdominal 68 cm, se le brinda la primera sesión de Consejería nutricional y se realiza tamizaje de salud mental siendo el resultado normal.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS										
PESO (Kg)		52		TALLA (cm)		160		P.A. (mmHg)		
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDD			GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR				JOVEN Y ADULTO	
CPN (N°)		EDAD GEST RN (SEM)			CRED N°		PAB (cm)	68	EVALUACIÓN INTEGRAL	
EDAD GEST		APGAR 1° 5°			R.N. PREMATURO		TAP/EEDP o TEPSE		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 PAT. NOR.	
CONTROL PUERP (N°)					N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.		IMC (Kg/M ²)		20.8	

**f) DEL JOVEN Y ADULTO**

En la prestación "atención integral de salud del joven y adulto" - 904 se debe registrar el peso, talla, presión arterial de manera obligatoria y la Evaluación Integral que se realiza; además se puede registrar otros campos de ser necesarios.

**g) DEL ADULTO MAYOR**

En la prestación "atención integral de salud del adulto mayor" (903), se debe registrar el peso, talla, presión arterial del paciente; así como la consejería Integral y la valoración clínica del adulto mayor (VACAM) realizadas. Además, se pueden registrar otros campos de ser necesarios.



h) ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN

Se debe registrar el número de familiares o personas, autorizadas según normativa del SIS, que acompañan a la asegurada / usuaria gestante o puérpera en la casa materna.

OTRAS CONSIDERACIONES

En caso de realizar consejería nutricional, consejería integral, se deberá marcar con un aspa la casilla correspondiente de manera obligatoria.

Cuando se realiza el tamizaje de Violencia Intrafamiliar (VIF), sea en el Recién Nacido (RN), niño, adolescente, joven, adulto y adulto mayor, así como en la atención pre natal de la gestante, se marcará con un aspa en el campo correspondiente de "tamizaje de salud mental si es "normal" o "patológico", dependiendo del resultado. En caso de ser patológico, se deberá registrar el diagnóstico CIE correspondiente.

De realizarse el dosaje de Hemoglobina se deberá registrar en el reverso del formato de atención el resultado respectivo, expresado en gr/dl (con un decimal de aproximación).

1.8 VACUNACIÓN

En lo que respecta a inmunizaciones, se colocará el número de dosis de la(s) vacunas(s) que se está(n) aplicando, de acuerdo al calendario de vacunación vigente.

Ejemplo:

1. En un niño de 2 meses de edad se le administra la primera dosis de las vacunas de neumococo, rotavirus y pentavalente, y segunda dosis de HVB registrando en los casilleros correspondientes.

VACUNAS N° DE DOSIS					
BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILICA	
DPT		PAROTID		ANTINEUMOC	1
APO		RUBEOLA		ANTITETANICA	
ASA		ROTA VIRUS	1	COMPLETAS PARA LA EDAD	SI NO
SFR		DT ADULTO (N° DOSIS)		VPH	
SR		IPV			
HVB	2	PENTAVAL	1	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			



En casos de atenciones a escolares en el marco del Plan de Salud Escolar, se revisará el Carné de Vacunación y se marcará en la casilla SÍ o NO con un aspa (X) según cuente o no con las vacunas completas para su edad. En caso de marcar NO se debe señalar cuales son las vacunas que faltan.

En caso de administrar la vacuna de HVB se debe registrar el código del grupo de riesgo al que pertenece el asegurado.

GRUPO POBLACIONAL DE RIESGO - VACUNA HVB

GRUPO POBLACIONAL DE RIESGO - VACUNA HVB	CÓDIGO
Trabajadores de Salud	1
Trabajadores Sexuales	2
HSH	3
Privados de libertad	4
FF. AA.	5
Policia Nacional	6
Estudiantes de Salud	7
Politransfundidos	8
Drogo Dependientes	9

1.9 DIAGNÓSTICO:**a) DESCRIPCIÓN:**

Registrar la(s) patología(s) que se atiende. En el primer diagnóstico se registra el más relevante según criterio del profesional de la salud, que más recurso demande o el motivo de la consulta. Con el enfoque de atención integral, indagar si hubiera evidencia de otras patologías y registrar los diagnósticos según el orden de importancia.

El registro de los 5 Diagnósticos es opcional y fundamentalmente para pacientes hospitalizados.

b) DIAGNÓSTICO DE INGRESO:**TIPO DE DIAGNÓSTICO**

Marcar con un aspa (X) sobre la letra P o D o R, si el diagnóstico realizado de ingreso es presuntivo (P) o definitivo (D) o repetido (R) respectivamente.

CIE 10:

Registre aquí el código correspondiente a cada diagnóstico de ingreso según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE 10) o lo que disponga el MINSA.

Ejemplo:

Se diagnostica probables: Apendicitis aguda, anemia por deficiencia de hierro y pancreatitis aguda, en una paciente mujer de 38 años.

N°	DESCRIPCIÓN	DIAGNÓSTICOS					
		INGRESO			EGRESO		
		TIPO DE DX	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10		
1	Apendicitis aguda	X	D	R	K35.9	D	R
2	Anemia por insuficiencia de Hierro	X	D	R	D50.9	D	R
3	Pancreatitis aguda	X	D	R	K86	D	R
4		P	D	R		D	R
5		P	D	R		D	R



c) DIAGNÓSTICO DE EGRESO:

TIPO Dx: Marcar con un aspa (X) sobre la letra D para el diagnóstico de egreso definitivo (D) o (R) para diagnóstico repetitivo. Es obligatorio registrar los diagnósticos definitivos en los casos de pacientes hospitalizados.

CIE-10: Registrar aquí el código correspondiente a cada diagnóstico según la clasificación internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE 10) o lo que disponga el MINSA.

Ejemplo:

Paciente varón de 50 años que sale de alta con diagnósticos definitivos: Diverticulosis aguda y absceso Renal.

N°	DESCRIPCIÓN	DIAGNÓSTICOS			EGRESO			
		INGRESO			EGRESO			
		TIPO DE DX			CIE - 10			
1	Diverticulosis aguda	P	D	R		D	R	K57.0
2	Absceso Renal	P	D	R		D	R	N15.1
3		P	D	R		D	R	
4		P	D	R		D	R	
5		P	D	R		D	R	

1.10 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

- a) El profesional o personal de salud que realiza la atención, registrará de manera obligatoria sus datos personales: Nombres y apellidos completos (de ser manual con letra de imprenta legible), número de Documento Nacional de Identidad (DNI) o carnet de extranjería (CE) y número de colegiatura profesional, según corresponda.
- b) En el recuadro "Responsable de la Atención" se registrará el número que corresponda según la leyenda que se encuentra por debajo del mismo. En el caso de contar con alguna especialidad, se deberá detallar en el recuadro "especialidad"

Ejemplo: Se realiza una atención de consulta externa por la Médico MARIA CASTAÑEDA CUADROS, con DNI 10668873 y colegiatura profesional número 40000.

N° DE DNI	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	N° DE COLEGIATURA
10668873	MARIA CASTAÑEDA CUADROS	40000

- c) En caso de los médicos que cuentan con especialidad, se deberá consignar la especialidad, el número de Registro Nacional de Especialista o en su defecto, marcar la opción "Egresado".

Ejemplo:

Responsable de la atención de un parto por cesárea es la médica Gineco Obstetra María Loayza Segura, con RNE 1232.



RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	1	ESPECIALIDAD	Gineco Obstetricia	N° RNE	1232	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

1.11 FIRMAS, SELLOS Y HUELLA DIGITAL:

Firma y sello del Responsable de la Atención: se registrará la firma (firma/rubrica, según DNI) y el sello personal con logotipo o nombre de la IPRESS.

Firma y Huella Digital del Asegurado o Apoderado: El responsable de la atención solicitará que el asegurado o su apoderado firme (firma/rubrica, según DNI) y coloque su huella digital en el anverso del formato; en caso de no poder colocar su huella digital, deberá firmar el apoderado. En los casos que firma el apoderado, deberá consignar adicionalmente sus nombres y apellidos completos y el número de su Documento Nacional de Identidad o Carnet de Extranjería, según el caso.

2. REVERSO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN – FUA TIPO 1

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

- Se consignan los productos farmacéuticos/medicamentos, insumos, procedimientos, exámenes de diagnóstico por imágenes y laboratorio empleados en la atención de los asegurados.
- El IGSS, DIRESA, GERESA, Red de Servicios de Salud, Unidades Ejecutoras o las que hagan sus veces, están en la potestad de readecuar el listado pre impreso de productos farmacéuticos, insumos, procedimientos, diagnósticos por imágenes y laboratorio de acuerdo a la demanda de los mismos, pero por ningún motivo podrán prescindir de los campos incluidos en el mismo.
- Las IPRESS nivel II y III, en lugar de registrar todo el consumo en el Formato de Atención, podrán adjuntar a éste, un reporte de consumo que contenga los mismos datos del Formato Único de Atención (FUA), firmado y sellado por el personal responsable correspondiente, a fin de sustentar el gasto reportado.
- Las IPRESS del primer nivel de atención, deberán incluir de manera obligatoria en el reverso del formato, tanto en el formato pre impreso como en el formato electrónico los siguientes campos:

2.1 N° FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA)

Deberá contener, en la casilla correspondiente, el número del formato consignado en el anverso del mismo, según lo señalado en el numeral 1.1 del presente anexo.

2.2 PRODUCTOS FARMACEUTICOS

- Consignará en el reverso del FUA los medicamentos de mayor uso, según lo establecido en el Catálogo Sectorial aprobado por la Autoridad Nacional de Medicamentos, considerando como mínimo la siguiente información:

- **Código de Medicamento SISMED.**
- **Nombre:** Denominación Común Internacional (D.C.I.).
- **FF:** Formas farmacéuticas en ampollas, tabletas, frasco, pote, etc.



- **CONCENTR:** Concentración por ml, mg, %, y el volumen o peso del medicamento
- **PRES:** La cantidad indicada por el responsable de la atención
- **ENTR:** La cantidad que el responsable de farmacia entrega al asegurado / usuario.
- **DX:** El número del Diagnóstico para el cual se prescribió y entregó el medicamento.

En el FUA se encontrará de manera pre establecida (pre-impreso o electrónico) el siguiente detalle de los medicamentos prescritos y entregados a los pacientes asegurados atendidos:

PRODUCTOS FARMACEUTICOS / MEDICAMENTOS						
CÓDIGO SISMED	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX
00794	AMOXICILINA	SUS	250mg/5 ml. X 60 mL			
05990	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	SUS	200mg+40 mg/5mL x 60 mL			
04582	MEBENDAZOL	SUS	100mg/5mL x 30 mL			
05253	OXITOCINA	INY	10 UI			
05309	PARACETAMOL	JBE	120 mg/5 mL x 60 mL			
03510	ACIDO FOLICO/SULFATO FERROSO	TAB	400µg+80mg Fe			
S0001	VITAMINOCRONUTRIENTES	SB1	12.5 mg Fe			
03510	SULFATO FERROSO	JBE	15mg Fe/5mL x 180 mL			

2.3 DISPOSITIVOS MÉDICOS / PRODUCTOS SANITARIOS

- a) Los dispositivos médicos, productos sanitarios prescritos y entregados deberán ser registrados con su respectiva codificación, Nombre, Presentación (Pr), Característica (CARACT – descripción complementaria del insumo), lo prescrito (PRES), lo entregado (ENTR) y Diagnóstico (Dx).
- b) En el FUA se encontrará de manera pre establecida (pre-impreso o electrónico) el siguiente detalle:



DISPOSITIVOS MÉDICOS / PRODUCTOS SANITARIOS						
CÓDIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX
15779	CEPILLO DENTAL PARA NIÑOS					
26943	PASTAS DENTRIFICAS PARA LIMPIEZA DE DIENTES PARA NIÑOS	Tbo	90g			



2.4 PROCEDIMIENTOS / DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES / LABORATORIO

- a) En el FUA se registrará la cantidad de procedimientos o intervenciones quirúrgicas indicadas (IND) y ejecutados (EJE) y el Diagnóstico (Dx) para el que se solicitaron. El examen deberá contener el nombre del mismo y el código CPT. En la columna RES se podrán incluir los resultados del mismo.



- b) Se registrará la cantidad de exámenes de laboratorio indicados (IND) y realizados (EJE) y el (Dx) para el que se solicitaron. En la columna RES, se podrán incluir los resultados del mismo.
- c) Se registrará la cantidad de exámenes por imágenes indicados (IND) y realizados (EJE) y el (Dx) para el que se solicitaron.
- d) De acuerdo a la prestación realizada, se deberán llenar todos los campos correspondientes a medicamentos, exámenes de diagnóstico por imágenes y laboratorio. El no registro de los datos en los respectivos campos del FUA, será considerado como no brindado.
- e) Debido a la alta frecuencia del uso de ciertos procedimientos en el primer nivel de atención, se recomienda incluir como mínimo en el FUA pre impreso, el siguiente listado de procedimientos:

PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO					
CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES
85018	DOSAJE DE HEMOGLOBINA				
92015	REFRACCIÓN Y EDICIÓN DE LA VISIÓN				
99411	ESTIMULACIÓN TEMPRANA				
99403	CONSEJERÍA NUTRICIONAL				
87172	TEST DE GRAHAM				
87177	EXAMEN DE PARÁSITOS Y HUEVOS POR FROTIS DIRECTO (3 MUESTRAS)				

2.5 SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (PROCEDIMIENTOS)

En el reverso del FUA del Sub Componente Prestacional se podrán registrar los procedimientos requeridos para las atenciones de salud reconocidas por el SIS, que el Aplicativo Informático no permite el ingreso para su reporte o no se registran en el aplicativo, solicitando el reembolso según normatividad vigente.

2.6 OBSERVACIONES:

Si fuera necesario, en las líneas en blanco (parte inferior del reverso del FUA) el prestador registrará en forma resumida alguna nota explicativa sobre la atención prestada.

2.7 FIRMA, SELLO Y/O HUELLA DIGITAL:

Para efectos de pago y como señal de conformidad de los medicamentos recibidos y/o de los exámenes o procedimientos realizados, para aquellas IPRESS que registren la atención en el FUA, se requiere la firma (firma/rubrica según su DNI o CE) y sello del Responsable de Farmacia / Laboratorio / Apoyo al Diagnóstico, así como la firma (firma/rubrica según su DNI o CE) y huella digital del asegurado/usuario o apoderado. En caso que el paciente no pueda colocar su huella digital, deberá firmar el apoderado. En los casos que firma el apoderado, deberá consignar adicionalmente sus nombres y apellidos completos y el número de su Documento Nacional de Identidad o Carnet de Extranjería, según el caso.



ANEXD 4
PAUTAS PARA EL LLENADO DEL FDMATD ÚNICD DE ATENCIÓN - FUA TIPD 2

1. ANVERSD DEL FDMATD ÚNICD DE ATENCIÓN – FUA TIPD 2:

1.1 NUMERD DE FDMATD:

Es el número que identificará la atención brindada por la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) y debe estar pre impreso en el formato antes de su distribución (Formato Único de Atención – (FUA) pre-impreso). En el caso del Formato Único de Atención electrónico debe imprimirse después de brindada la atención. Deberá figurar el mismo Número de Formato tanto en el anverso como en el reverso del Formato Único de Atención (FUA), en los casilleros correspondientes.

Para el caso de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) privadas, la numeración del Formato Único de Atención será asignada por el SIS a través de la GREP, en coordinación con OGTI.

El Número de Formato Único de Atención - FUA consta de tres campos:

- a) El primer campo, conformado por tres primeros dígitos, que identifican al IGSS, DIRESA, GERESA, Red de Servicios de Salud, Unidad Ejecutora o la que haga sus veces (código numérico) al cual pertenece la IPRESS.
- b) El segundo campo, conformado por dos dígitos numéricos, corresponde al lote. En el caso del FUA pre impreso, el lote corresponde a los dos dígitos finales del año de impresión de los formatos. En el caso del FUA electrónico, el lote es el año de generación del FUA.

Ejemplos:

1. FUA que corresponde a la atención N° 12 de la DIRESA CHANKA-ANDAHUAYLAS cuyo código es 090, y fue impreso por la DIRESA en el año 2014.

NUMERD DE FDMATD		
090	14	00000012

2. FUA generado en el año 2015 por el Hospital Honorio Delgado de la Región Arequipa, cuyo código de DIRESA es 040. La atención brindada es la N° 602, ya que el hospital cuenta con un sistema informático propio (es decir, diferente al ARFSIS y SIASIS) para generar e imprimir FUA.

NUMERD DE FDMATD		
040	15	00000602



- c) El tercer campo constará de ocho dígitos que corresponden al número correlativo de la atención. Para ello, el IGSS, la DIRESA, la GERESA, la Red de Servicios de Salud, la Unidad Ejecutora o la que haga sus veces, en coordinación con la UDR de la respectiva Gerencia Macro Regional, asignará tanto para el FUA pre-impreso como para el FUA electrónico, un rango de numeración correlativo, el cual deberá ser único, a fin de evitar su duplicación, teniendo en cuenta que en ningún caso podrán existir FUA con numeración duplicada, ni en la misma IPRESS ni en diferentes IPRESS. Asimismo, tampoco podrá duplicarse la numeración de los FUAs electrónicos con la numeración de los FUAs pre-impresos.

1.2 DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS)

a) NOMBRE Y CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS:

Se registrará el código RENAES asignado a la IPRESS y el nombre de la misma.

Ejemplo:

Hospital Santa Rosa II – 2 del departamento de Piura, con código RENAES 2084

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD	
CODIGO RENAES DE LA IPRESS	NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN
2084	HOSPITAL SANTA ROSA II-2

a) PERSONAL QUE ATIENDE

La atención puede ser realizada por personal en los siguientes escenarios:

- De la IPRESS:** Personal de salud que brinda la atención en una IPRESS con la cual tiene vínculo contractual.
- Itinerante:** Personal de salud que brinda la atención en una IPRESS de la cual no depende su vínculo contractual.



b) LUGAR DE ATENCIÓN:

Si el personal que atiende lo hace en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) será "Intramural"; de hacerlo fuera de la misma será "Extramural".

Ejemplo:

Consulta externa de medicina general en la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) de Imaza, en este caso se marcará en el recuadro correspondiente a Intramural.

LUGAR DE ATENCIÓN	
INTRAMURAL	X
EXTRAMURAL	



c) ATENCIÓN:

Corresponde a las formas por las cuales el asegurado o usuario entra en contacto con la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) para ser atendido. Estas pueden ser:

- **Ambulatoria:** Es la atención de consulta externa o extramural brindada por la IPRESS que realiza la atención. Se registra esta opción cuando el asegurado o usuario se atiende por consulta externa sin hoja de referencia, correspondiendo su atención de acuerdo a la categoría de la IPRESS y normatividad vigente.
- **Referencia:** Es la atención de un asegurado o usuario referido por una IPRESS para una atención ambulatoria (Ejemplo: Interconsultas a especialista, por apoyo al diagnóstico o apoyo al tratamiento) o por emergencia. Obligatoriamente se deben registrar los datos de la IPRESS origen de la referencia (código RENAES, nombre y Número de Hoja de Referencia).
- **Emergencia:** Es la atención de daño que pone en riesgo la vida y/o que puede producir lesiones permanentes. Corresponden a las atenciones de emergencia que son atendidas por una IPRESS sin referencia previa. En este caso, se marcará con un aspa el recuadro "Emergencia".

Ejemplos:

- 1) Asegurado o usuario de 10 años atendido en consulta externa por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en la IPRESS donde se encuentra adscrita o cuenta con autorización para dicha atención.

ATENCIÓN	
AMBULATORIA	X
REFERENCIA	
EMERGENCIA	

- 2) Paciente asegurado que acude referido del Centro de Salud Betzabé con código RENAES 2219 para atención especializada con Hoja de Referencia N° 0431.

ATENCIÓN	
AMBULATORIA	
REFERENCIA	X
EMERGENCIA	

- 3) Madre que acude directamente por emergencia a la IPRESS por presentar cuadro de deshidratación aguda.

ATENCIÓN	
AMBULATORIA	
REFERENCIA	
EMERGENCIA	X



d) DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) QUE REALIZÓ LA REFERENCIA AL PACIENTE ASEGURADO:

Quando se realiza la atención de un paciente asegurado referido, se registrará el nombre de la IPRESS que refirió al paciente asegurado, consignando el código correspondiente y el Número de Hoja de Referencia.

Necesariamente en el campo de "ATENCIÓN" debe marcarse con un aspa el ítem Referido.

Ejemplo

- 1) Paciente asegurado acude a atenderse referido del Centro de Salud Galilea, con código RENAES N° 5175 y Hoja de Referencia N°00055.

REFERENCIA REALIZADA POR:		
COD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	N° HOJA DE REFERENCIA
5175	Centro de Salud Galilea	00055.

1.3 DEL ASEGURADO / USUARIO

a) IDENTIFICACIÓN:

Para la identificación del paciente asegurado se registra los datos: Tipo de Documento de Identidad y el número del documento.

i. Tipo de Documento de Identidad:

Se debe registrar de acuerdo a lo siguiente:
 2 = Documento Nacional de Identidad (DNI),
 3 = Carné de Extranjería

ii. Número de Documento:

Se registra el número del DNI o del Carné de Extranjería según corresponda.

Ejemplo.

Usuario presenta DNI al momento de la atención

IDENTIFICACIÓN	
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD
2	21734301

b) CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS

Corresponde al número asignado en el formato único de afiliación para la identificación del asegurado.

Consta de tres campos, excepto para el caso de los recién nacidos, para quienes consta de cuatro campos:



- En el primer campo se consignarán los primeros tres dígitos, que corresponden al código de la DIRESA, GERESA, Red de Servicios de Salud, Unidad Ejecutora o la que haga sus veces.
- En el siguiente campo se consignará el dígito o letra que corresponde al tipo de seguro que tenga el asegurado según normatividad vigente, por ejemplo:

2= Afiliado a Régimen Subsidiado con DNI.

3 = Afiliado a Régimen Subsidiado con Carne de extranjería (CE).

E = Afiliación Temporal.

9 = SIS Independiente.

- En el tercer campo se coloca el número de DNI/Carné de Extranjería del asegurado.

Ejemplo:

Asegurado adulto al SIS Independiente de la DIRESA 330 con DNI 21734301:

CÓDIGO DE AFILIACIÓN SIS		
DIRESA / OTROS	NÚMERO	
330	9	21734301

c) ASEGURADO DE OTRA INSTITUCIÓN ADMINISTRADORA DE FONDOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (IAFAS):

En el caso de un asegurado de otra Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), se registrará el código de la Institución de la cual procede el asegurado.

1 = ESSALUD

2 = FFAA

3 = SALUDPOL

4= Otros

5 = Sin Seguro

En la casilla inferior, se registrará el código o número del seguro.

Ejemplo:

El Sr. Juan Pérez Torres, asegurado de ESSALUD, acude con su autogenerado N° 67011841PSHR006 para atenderse en la IPRESS El Triunfo del Gobierno Regional de Arequipa.



CÓDIGO DE AFILIACIÓN DE SEGURO	
INSTITUCIÓN	1
COD. SEGURO	67011841PSHR006

d) APELLIDOS Y NOMBRES

Se registrará en los espacios según corresponde: el apellido paterno, el materno y los nombres del asegurado o usuario.



En caso que el asegurado cuente con un solo apellido, ya sea paterno o materno, se procederá a llenar el dato en la casilla correspondiente, y el otro se dejará en blanco. Si el asegurado tuviera más de dos nombres, en el campo "otros nombres" se consignarán los que correspondan.

Ejemplo: Asegurado SIS cuyos apellidos y nombres son: Torres Quispe, José Manuel

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
TORRES	QUISPE
PRIMER NOMBRE	OTROS NOMBRES
JOSÉ	MANUEL

e) SEXO

En el espacio correspondiente al sexo, marcar con un aspa el género masculino o femenino.

Ejemplo

Paciente asegurado de sexo femenino acude a la IPRESS para recibir atención.

SEXO	
MASCULINO	<input type="checkbox"/>
FEMENINO	<input checked="" type="checkbox"/>

f) FECHA DE PARTO / FECHA PROBABLE DE PARTO

En este recuadro se registrará de manera obligatoria la fecha real del parto en las siguientes prestaciones: Atención de Parto Normal (054), Atención de Cesárea (055) y Control de Puerperio (010).

En caso de brindar atención de salud a la gestante se debe registrar la fecha probable de parto, obtenida ésta última por el método que corresponda (fecha de última regla (FUR), Ecografía u otro método).

Ejemplo

- 1) Paciente asegurada Norma Figueroa Meza, atendida por cesárea, quien dio a luz a un recién nacido (RN) el día 10 de mayo de 2014

FECHA	DÍA		MES		AÑO			
FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO	1	0	0	5	2	0	1	4
FECHA DE NACIMIENTO								
FECHA DE FALLECIMIENTO								



- 2) Paciente asegurado gestante Juana Quispe Meza, atendida por consulta externa, cuya fecha probable de parto es calculada para el día 17 de octubre de 2014.

FECHA	DIA		MES		AÑO			
FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO	1	7	1	0	2	0	1	4
FECHA DE NACIMIENTO								
FECHA DE FALLECIMIENTO								

g) FECHA DE NACIMIENTO

En la fecha de nacimiento se registrarán los datos en los espacios correspondientes, para el día dos dígitos (01 al 31), para el mes dos dígitos (01 al 12) y para el año cuatro dígitos que corresponde al año de nacimiento.

Ejemplo:

Asegurada de sexo femenino que nació el 03 de febrero de 2014.

FECHA	DIA		MES		AÑO			
FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO								
FECHA DE NACIMIENTO	0	3	0	2	2	0	1	4
FECHA DE FALLECIMIENTO								

h) FECHA DE FALLECIMIENTO:

En este recuadro se registrará de manera obligatoria la fecha de fallecimiento del asegurado o usuario.

Ejemplo:

Paciente asegurado SIS atendido en el servicio de internamiento con cirugía mayor (067) quien falleció el 24 de febrero del 2014.

FECHA	DIA		MES		AÑO			
FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO								
FECHA DE NACIMIENTO								
FECHA DE FALLECIMIENTO	2	4	0	2	2	0	1	4

i) NÚMERO DE HISTORIA CLINICA:

Se registrará el número o la denominación alfanumérica que la IPRESS asigne a la historia clínica del usuario.



Ejemplo:
Asegurado / Usuario con historia clínica 14523

N° DE HISTORIA CLÍNICA
14523

j) ETNIA:

El personal de salud colocará el código que corresponda a la etnia a la que pertenezca el asegurado / usuario que atiende, cuando sea pertinente y de acuerdo a la normatividad vigente

k) SALUD MATERNA:

Se registrará marcando con un aspa si en la fecha de la atención la asegurada o usuaria está gestando o está en período de puerperio.

Ejemplo:
Asegurada o usuaria gestante acude a la IPRESS para consulta externa.

SALUD MATERNA	
GESTANTE	X
PUERPERA	

l) NUMERO DE DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (DNI), CERTIFICADO DE NACIDO VIVO (CNV) o AFILIACIÓN DEL RECIEN NACIDO.

Estos campos solo deben ser registrados en caso de atención del parto (código de servicio 054 ó 055) de una asegurada o usuaria del SIS.

Se registrará en el campo correspondiente el número de DNI o número de Certificado de Nacido Vivo – CNV o número de afiliación del recién nacido.

De producirse dos o más nacimientos deberá registrarse en cada campo el número de cada recién nacido según el orden de nacimiento en la casilla correspondiente.

Están exceptuados de este registro los óbitos fetales o natimueertos, en cuyo caso deberá registrarse el CIE 10 correspondiente.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) que cuentan con una Oficina Registral Auxiliar del RENIEC (ORA RENIEC) deberán registrar el número del DNI

La IPRESS que no cuenta con ORA de RENIEC pero cuenta con el registro del CNV digital deberá registrar el número del CNV en línea, cuya numeración es correlativa.



La IPRESS que no cuente con ORA de RENIEC o CNV en línea, deberá registrar el número de afiliación temporal (sin DNI) en el marco de la normatividad vigente.

Ejemplos:

- 1) Se produjo un parto vaginal (054) en el C.S. San Miguel sin ORA RENIEC, y el trámite del CNV es manual, es una gestante afiliada al SIS Subsidiado con un solo RN. La afiliación es de manera directa y temporal.

DNI/CNV/AFILIACIÓN DEL RN 1	E-41267525
DNI/CNV/AFILIACIÓN DEL RN 2	
DNI/CNV/AFILIACIÓN DEL RN 3	

- 2) Se produjo una Cesárea (055) en el Hospital Regional de Huamanga, que cuenta con ORA RENIEC, y trámite de Certificado de Nacido Vivo en línea, es una paciente asegurada afiliada al SIS Subsidiado con dos (2) RN vivos.

DNI/CNV/AFILIACIÓN DEL RN 1	2-72593787
DNI/CNV/AFILIACIÓN DEL RN 2	2-72493788
DNI/CNV/AFILIACIÓN DEL RN 3	

- 3) Se produjo un parto vaginal (054) en el C.S. San Miguel, que no cuenta con ORA RENIEC, pero si con trámite de CNV digital, es una paciente asegurada afiliada al SIS Subsidiado con un solo RN.

DNI/CNV/AFILIACIÓN DEL RN 1	1000000125
DNI/CNV/AFILIACIÓN DEL RN 2	
DNI/CNV/AFILIACIÓN DEL RN 3	

1.4 DE LA ATENCIÓN

a) FECHA DE ATENCIÓN:

Registra el día (del 01 al 31) y el mes (del 01 al 12). Los dos primeros dígitos del año podrían estar pre impresos. En Hospitalizados, la fecha de atención será la misma del alta (para evitar extemporaneidad en el reembolso o para efectos de supervisión que el SIS realice).

En los casos de pacientes asegurados del SIS, con estancia hospitalaria mayor a ciento ochenta (180) días que continúan hospitalizados luego de registrada la atención en el FUA la fecha de atención corresponde a la fecha de corte administrativo; por tanto, el registro de las prestaciones en estos casos deberá considerar como fecha de atención la fecha de corte administrativo.

Ejemplos:

- 1) Asegurado o usuario se atendió el 14 de setiembre de 2014.



FECHA DE ATENCIÓN							
DIA		MES		AÑO			
1	4	0	9	2	0	1	4

- 2) Asegurado o usuario fue hospitalizado el día 20 de abril de 2014 siendo dada de alta el 01 de mayo de 2014

HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DIA		MES		AÑO			
	DE INGRESO	2	0	0	4	2	0	1	4
	DE ALTA	0	1	0	5	2	0	1	4
	DE CORTE ADMINISTRATIVO								

b) HORA:

Corresponde a la hora en que se brinda la atención.

En caso de hospitalización se debe registrar la hora de ingreso al servicio, a fin de verificar las prestaciones brindadas antes de su hospitalización en el día.

La hora (01 al 24) se registrará en el primer recuadro y los minutos (01 al 60) en el segundo recuadro.

Para calcular la estancia se asumirá las 12:00 del mediodía como hora de ingreso y de alta.

Ejemplo: Asegurado o usuario se atendió a las 17 10 horas.

HORA		
17	:	10

c) UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UPS).

Se colocará el código de la Unidad Productora de Servicios (UPS) de la IPRESS donde se brinda la prestación, de acuerdo a la normatividad vigente del MINSA.

Ejemplo:

Asegurado / Usuario acude al servicio de consulta externa de la especialidad de Urología. en este caso corresponde registrar el código de UPS 221400

UPS
221400



d) CÓDIGO DE PRESTACIÓN

En este campo se registrará de manera obligatoria el código de prestación que se brinda. El personal que firmará en el anverso del FUA será al que corresponda el código de la prestación registrada en este campo.

Ejemplo:

Se brinda una atención de Control de Puerperio, se registrará en el casillero correspondiente el código de la prestación.

CÓD. PRESTA.
010

e) FECHA DE INGRESO, ALTA Y CORTE ADMINISTRATIVO

Sólo aplica en pacientes asegurados hospitalizados. Se registrará la fecha de ingreso en el recuadro asignado. La fecha de Alta corresponde a la fecha en que el paciente asegurado egresa de la IPRESS. En los casos de parto inminente, la fecha de Alta deberá ser la misma que se registra en el espacio correspondiente a la Fecha de Atención.

Para los casos de asegurados con estancia hospitalaria mayor a ciento ochenta (180) días, por cuya atención se solicita el pago, y el paciente asegurado continuara hospitalizado, se deberá registrar la fecha de corte administrativo.

Ejemplos:

- 1) Paciente asegurado ingresa a las 20:00 horas por el servicio de emergencia el 27 de octubre de 2013, se mantiene en observación y al día siguiente es internado, saliendo de alta el 04 de noviembre de 2013.

HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DIA		MES		AÑO		
	DE INGRESO	2	7	1	0	2	0	1
DE ALTA	0	4	1	1	2	0	1	3
DE CORTE ADMINISTRATIVO								

- 2) Paciente asegurado hospitalizado desde el 01 de abril de 2013 por cuya atención el hospital solicitó pago con corte administrativo al 30 de octubre de 2013, por primera vez, por requerir continuar con la hospitalización.

HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DIA		MES		AÑO		
	DE INGRESO	0	1	0	4	2	0	1
DE ALTA								
DE CORTE ADMINISTRATIVO	3	0	1	0	2	0	1	3



- 3) Paciente asegurado hospitalizado desde el 01 de abril de 2013 por cuya atención el hospital solicitó pago con corte administrativo al 30 de octubre de 2013 con FUA N° 020-13-23235 y posteriormente solicita un segundo pago con fecha de corte administrativo al 28 de febrero de 2014

HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DIA		MES		AÑO		
	DE INGRESO	0	1	0	4	2	0	1
DE ALTA								
DE CORTE ADMINISTRATIVO	2	8	0	2	2	0	1	4

f) REPORTE VINCULADO

Campo que deberá ser usado cuando sea necesario vincular el FUA actual con un FUA anterior por diversos motivos, correspondiendo en algunos casos el registro de código de autorización emitido por la UDR.

Para crear dicho vínculo se registrará el número del FUA de la atención previa con la cual se desea realizar la vinculación.

Para los casos de asegurados con estancia hospitalaria mayor a ciento ochenta (180) días, cuando se solicita el pago en una segunda o posterior oportunidad, luego de un anterior corte administrativo, se deberá realizar la vinculación con el FUA previo con el que se reportó el anterior corte administrativo.

Para ello se deberá consignar el número del último FUA con el cual se solicitó el pago anterior

Ejemplo:

Paciente asegurado hospitalizado desde el 01 de abril de 2013 por cuya atención el hospital solicitó pago con corte administrativo al 30 de octubre de 2013 con FUA N° 020-13-23235 y posteriormente solicita un segundo pago con fecha de corte administrativo al 31 de mayo de 2014.

REPORTE VINCULADO	COD AUTORIZACIÓN	N° FUA A VINCULAR
		020-13-23235

Para el caso de la omisión de un procedimiento, medicamento e insumo por parte de la IPRESS, previa solicitud de la IPRESS y autorización de la UDR en los casos que corresponda, se deberá registrar tanto el número de autorización otorgado por la UDR como el FUA a vincular ya registrado en el sistema como prestación principal.



Ejemplo

Se solicita el registro posterior para un procedimiento que se realizó en una atención previa, para lo cual cuenta con el código de autorización correspondiente de la UDR (Ej. 00000000) siendo el Número del FUA en el cual se registró la atención previa el 090-14-00000076.

REPORTE VINCULADO	CÓD. AUTORIZACIÓN	N° FUA A VINCULAR
	00000000	090-14-00000076

g) **CONCEPTO PRESTACIONAL:**

Comprende a las prestaciones asistenciales:

i. **ATENCIÓN DIRECTA**

Son las Prestaciones regulares que el Aplicativo Informático del SIS considera por "omisión", de no corresponder o no marcar ninguna de las opciones restantes.

En este concepto están incluidas todas las atenciones comprendidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y en el Plan Complementario del SIS.

Ejemplo:

- 1) Para una Prestación regular que no requiere autorización se marcará con un aspa (X) de la siguiente manera:

CONCEPTO PRESTACIONAL									
ATENCIÓN DIRECTA	X	COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTIA		TRASLADO	SEPELIO		
		N° Autorización		N° Autorización			NATIMUERTO	OBITO	OTRO
		Monto S/.		Monto S/.					

ii. **COBERTURA EXTRAORDINARIA:**

Cuando el paciente asegurado cuenta con autorización de cobertura extraordinaria, el prestador deberá colocar en los recuadros correspondientes el número de autorización y monto autorizado para reembolso por la atención.

Si cuenta con una autorización, se coloca el número de la autorización otorgado por el aplicativo de cobertura extraordinaria.

Ejemplo:

- 1) Atención por Cobertura Extraordinaria Autorizada con número de solicitud: 14-01204-1 a través del SIASIS cuyo monto es de diez mil y 00/100 nuevos soles (S/. 10,000.00).



CONCEPTO PRESTACIONAL										
ATENCIÓN DIRECTA	COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTIA		TRASLADO	SEPELIO				
	Nº Autorización	14-01204-1	Nº Autorización			NATIMUERTO	OBITO		OTRO	
	Monto S/:	10,000.00	Monto S/:							

Quando existen una o más ampliaciones de autorización de cobertura extraordinaria para un mismo evento en el paciente asegurado, se colocará el número de la última ampliación de autorización otorgada por el aplicativo, además del monto total autorizado, es decir, la sumatoria de la autorización y ampliación(es) otorgadas para dicho evento.

2) Paciente asegurado cuenta con una (1) autorización de cobertura extraordinaria y dos (2) ampliaciones de autorización para el mismo evento, en el módulo de cobertura extraordinaria, por los siguientes montos:

- 14-02387-1 por S/. 3,240.00
 - 14-02387-2 por S/. 1,000.00
 - 14-02387-3 por S/. 2,800.00
- TOTAL 7,040.00

CONCEPTO PRESTACIONAL										
ATENCIÓN DIRECTA	COB EXTRAORDINARIA		CARTA DE GARANTIA		TRASLADO	SEPELIO				
	Nº Autorización	14-02387-3	Nº Autorización			NATIMUERTO	OBITO		OTRO	
	Monto S/:	7,040.00	Monto S/:							

iii. CARTA DE GARANTIA:

Se establece para aquellas prestaciones cuya autorización es otorgada por la UDR para la hospitalización del asegurado al componente Semisubsidiado

El prestador deberá colocar en los recuadros correspondientes el número de autorización y monto autorizado para reembolso por la atención.

iv. TRASLADO:

Se llenará un FUA de manera exclusiva cuando se trata de un asegurado con el beneficio de traslado, el cual contendrá datos de acuerdo a lo establecido en la normatividad de traslado.

v. SEPELIO:

Se llenará un FUA de manera exclusiva, cuando se trate de un asegurado con prestación económica de sepelio, el cual contendrá datos de acuerdo a lo establecido a la normatividad de la prestación económica de sepelio, pudiendo ser "Natimuerto", "Óbito" u "Otro" siendo este último otra causa del sepelio



1.5 DEL DESTINO DEL ASEGURADO / USUARIO

Se debe indicar el destino del asegurado / usuario, para lo cual se presentan las siguientes opciones:

Un asegurado puede ser: dado de "Alta" si se resuelve el motivo de la consulta, Citado para control, "Hospitalizado" o derivado a "Emergencia" en caso de requerirlo, "Referido" a otra IPRESS de mayor capacidad resolutive, o "Contrarreferido" a su IPRESS de origen. En caso de fallecimiento se registra dicho evento.

En los casos de destino "Referido", se deberá marcar la opción correspondiente según se trate de una referencia para atención de emergencia, consulta externa o para apoyo al diagnóstico. Asimismo, se deben consignar los datos de la IPRESS a la cual se realiza la referencia (código RENAES, Nombre de la IPRESS y Número de Hoja de Referencia).

En los casos de destino "Contrarreferido", se deberán consignar los de la IPRESS a la cual se realiza la contrarreferencia (código RENAES, Nombre de la IPRESS y Número de Hoja de Contrarreferencia).

En los casos de una prestación correspondiente a una estancia hospitalaria mayor de ciento ochenta (180) días por cuya atención se solicita el pago, y el paciente asegurado continuara hospitalizado, se deberá consignar en la casilla adyacente el número correlativo que corresponde a la vez en que se solicita el pago de la prestación con corte administrativo.

Ejemplos:

- 1) Paciente asegurado que fue referido para exámenes de apoyo al diagnóstico es contrarreferido a su IPRESS de origen que es el Centro de Salud Imaza con código RENAES 005070, con sus resultados, con Hoja de contrarreferencia N° 584932.

DEL DESTINO DEL ASEGURADO / USUARIO									
ALTA	CITA	HOSPITALI	REFERIDO			CONTRA RREFERIDO	X FALLECIDO	CORTE ADMINIS.	
			EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO				
CÓDIGO RENAES DEL EE.SS.			NOMBRE DEL EE.SS. AL QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE				N° HOJA DE REFER / CONTRARREF.		
005070			Centro de Salud Imaza				584932		

- 2) Paciente asegurado hospitalizado desde el 01 de abril de 2013 por cuya atención el hospital solicita por primera vez el pago con corte administrativo al 30 de octubre de 2013 por requerir continuar internado.

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO									
ALTA	CITA	HOSPITALI	REFERIDO			CONTRA RREFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.	
			EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO				
1									

- 3) Paciente asegurado hospitalizado desde el 05 de diciembre de 2012 por cuya atención el hospital solicita por tercera vez el pago con corte administrativo al 31 de diciembre de 2014 por requerir continuar internado.



DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO

ALTA	CITA	HOSPITALI	REFERIDO			CONTRA REFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.	3
			EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO				

1.6 OTRAS ACTIVIDADES

a) PESO Y TALLA

Es obligatorio el registro del peso en kilogramos y la talla en centímetros en las prestaciones preventivas y otras que se detallan a continuación: atención prenatal (009), atención inmediata del recién nacido (050), control del recién nacido con menos de 2.500 gramos (002), salud escolar (S02), CRED en menores de 0 - 4 años (001), CRED en menores de 5 - 9 años (118), CRED en menores de 10 - 12 años (119), atención integral del adolescente (017), atención integral de salud del joven y adulto (904), y atención integral de salud del adulto mayor (903).

1.7 DIAGNÓSTICO:

a) DESCRIPCIÓN:

Registrar la(s) patología(s) que se atiende. En el primer diagnóstico se registra el más relevante según criterio del profesional de la salud, que más recurso demande o el motivo de la consulta. Con el enfoque de atención integral, indagar si hubiera evidencia de otras patologías y registrar los diagnósticos según el orden de importancia.

El registro de los 5 Diagnósticos es opcional y fundamentalmente para pacientes asegurados hospitalizados.

b) DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

TIPO DE DIAGNÓSTICO

Marcar con un aspa (X) sobre la letra P o D o R, si el diagnóstico realizado de ingreso es presuntivo (P) o definitivo (D) o repetido (R) respectivamente.

CIE 10:

Registre aquí el código correspondiente a cada diagnóstico de ingreso según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE 10) o lo que disponga el MINSA.

Ejemplo:

Se diagnostica probables: Apendicitis aguda, anemia por deficiencia de hierro y pancreatitis aguda, en una paciente asegurada mujer de 38 años.



DIAGNÓSTICOS							
N°	DESCRIPCIÓN	INGRESO			EGRESO		
		TIPO DE DX			CIE - 10	TIPO DE DX	
1	Apendicitis aguda	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	K35.9	D	R
2	Anemia por insuficiencia de Hierro	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	D50.9	D	R
3	Pancreatitis aguda	<input checked="" type="checkbox"/>	D	R	K86	D	R
4		P	D	R		D	R
5		P	D	R		D	R

c) DIAGNÓSTICO DE EGRESO:

TIPO Dx: Marcar con un aspa (X) sobre la letra D para el diagnóstico de egreso definitivo (D) o (R) para diagnóstico repetitivo. Es obligatorio registrar los diagnósticos definitivos en los casos de pacientes asegurados hospitalizados.

CIE-10: Registrar aquí el código correspondiente a cada diagnostico según la clasificación internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE 10) o lo que disponga el MINSA.

Ejemplo:

Paciente asegurado varón de 50 años que sale de alta con diagnósticos definitivos: Diverticulosis aguda y absceso Renal.

DIAGNÓSTICOS								
N°	DESCRIPCIÓN	INGRESO			EGRESO			
		TIPO DE DX			CIE - 10	TIPO DE DX		CIE - 10
1	Diverticulosis guda	P	D	R		<input checked="" type="checkbox"/>	R	K57.0
2	Absceso Renal	P	D	R		<input checked="" type="checkbox"/>	R	N15.1
3		P	D	R		D	R	
4		P	D	R		D	R	
5		P	D	R		D	R	

1.8 NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

- El profesional o personal de salud que realiza la atención, registrará de manera obligatoria sus datos personales: Nombres y apellidos completos (de ser manual con letra de imprenta legible), número de Documento Nacional de Identidad (DNI) o carnet de extranjería (CE) y número de colegiatura profesional, según corresponda.
- En el recuadro "Responsable de la Atención" se registrará el número que corresponda, según la leyenda que se encuentra por debajo del mismo. En el caso de contar con alguna especialidad, se deberá detallar en el recuadro "especialidad".

Ejemplo: Se realiza una atención de consulta externa por la Médico MARIA CASTAÑEDA CUADROS, con DNI 10668873 y colegiatura profesional número 40000.

N° DE DNI	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	N° DE COLEGIATURA
10668873	MARIA CASTAÑEDA CUADROS	40000



- c) En caso de los médicos que cuentan con especialidad, se deberá consignar la especialidad, el número de Registro Nacional de Especialista o en su defecto, marcar la opción "Egresado".

Ejemplo:

Responsable de la atención de un parto por cesárea es la médico Gineco Obstetra María Loayza Segura, con RNE 1232.

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	1	ESPECIALIDAD	Gineco Obstetricia	Nº RNE	1232	EGRESADO	
<small>1. MÉDICO 2. FARMACEÚTICO 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</small>							

1.9 FIRMAS, SELLOS Y HUELLA DIGITAL:

Firma y sello del Responsable de la Atención: se registrará la firma (firma/rubrica, según DNI) y el sello personal con logotipo o nombre de la IPRESS.

Firma y Huella Digital del Asegurado o Apoderado: El responsable de la atención solicitará que el asegurado o su apoderado firme (firma/rubrica, según DNI) y coloque su huella digital en el anverso del formato; en caso de no poder colocar su huella digital, deberá firmar el apoderado. En los casos que firma el apoderado, deberá consignar adicionalmente sus nombres y apellidos completos y el número de su Documento Nacional de Identidad o Carnet de Extranjería, según el caso.

2. REVERSO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) TIPO 2

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

- a) Se consignan los productos farmacéuticos/medicamentos, insumos, procedimientos, exámenes de diagnóstico por imágenes y laboratorio empleados en la atención de los asegurados.
- b) El IGSS, DIRESA, GERESA, Red de Servicios de Salud, Unidades Ejecutoras o las que hagan sus veces, están en la potestad de readecuar el listado pre impreso de productos farmacéuticos, insumos, procedimientos, diagnósticos por imágenes y laboratorio de acuerdo a la demanda de los mismos, pero por ningún motivo podrán prescindir de los campos incluidos en el mismo.
- c) Las IPRESS nivel II y III, en lugar de registrar todo el consumo en el Formato Único de Atención, podrán adjuntar a éste, un reporte de consumo que contenga los mismos datos del FUA, firmado y sellado por el personal responsable correspondiente, a fin de sustentar el gasto reportado.
- d) Las IPRESS, deberán incluir de manera obligatoria en el reverso del formato, tanto en el formato pre impreso como en el formato electrónico los siguientes campos:



2.1. Nº FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA)

Deberá contener, en la casilla correspondiente, el número del formato consignado en el anverso del mismo, según lo señalado en el numeral 1.1. del presente anexo.



2.2. PRODUCTOS FARMACEUTICOS

Se colocará los productos farmacéuticos utilizados para en la atención del paciente, registrando como mínimo la siguiente información:

- **Código de Medicamento SISMED.**
- **Nombre:** Denominación Común Internacional (D.C.I.).
- **FF:** Formas farmacéuticas en ampollas, tabletas, frasco, pote, etc.
- **CONCENTR:** Concentración por ml, mg, %, y el volumen o peso del medicamento.
- **PRES:** La cantidad indicada por el responsable de la atención.
- **ENTR:** La cantidad que el responsable de farmacia entrega al asegurado / usuario.
- **DX:** El número del Diagnóstico para el cual se prescribió y entregó el medicamento.

PRODUCTOS FARMACEUTICOS / MEDICAMENTOS						
CÓDIGO SISMED	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX

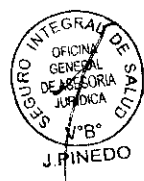
2.3. DISPOSITIVOS MÉDICOS / PRODUCTOS SANITARIOS

- a) Los dispositivos médicos, productos sanitarios prescritos y entregados deberán ser registrados con su respectiva codificación, Nombre, Presentación (Pr), Característica (CARACT – descripción complementaria del insumo), lo prescrito (PRES), lo entregado (ENTR) y Diagnóstico (Dx).
- b) En el FUA se encontrará de manera pre establecida (pre-impreso o electrónico) el siguiente detalle:

DISPOSITIVOS MÉDICOS / PRODUCTOS SANITARIOS						
CÓDIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX

2.4. PROCEDIMIENTOS / DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES / LABORATORIO

- a) En el FUA se registrará la cantidad de procedimientos o intervenciones quirúrgicas indicadas (IND) y ejecutados (EJE) y el Diagnóstico (Dx) para el que se solicitaron. El examen deberá contener el nombre del mismo y el código CPT. En la columna RES se podrán incluir los resultados del mismo.



- b) Se registrará la cantidad de exámenes de laboratorio indicados (IND) y realizados (EJE) y el (Dx) para el que se solicitaron. En la columna RES, se podrán incluir los resultados del mismo.
- c) Se registrará la cantidad de exámenes por imágenes indicados (IND) y realizados (EJE) y el (Dx) para el que se solicitaron.
- d) De acuerdo a la prestación realizada, se deberán llenar todos los campos correspondientes a medicamentos, exámenes de diagnóstico por imágenes y laboratorio. El no registro de los datos en los respectivos campos del FUA, será considerado como no brindado.
- e) En el FUA se encontrará de manera pre establecida (pre-impreso o electrónico) el siguiente detalle

PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO					
CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES

2.5. SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (PROCEDIMIENTOS)

En el reverso del FUA del Sub Componente Prestacional se podrán registrar los procedimientos requeridos para las atenciones de salud reconocidas por el SIS, que el Aplicativo Informático no permite el ingreso para su reporte o no se registran en el aplicativo, solicitando el reembolso según normatividad vigente.

2.6. OBSERVACIONES:

Si fuera necesario, en las líneas en blanco (parte inferior del reverso del FUA) el prestador registrará en forma resumida alguna nota explicativa sobre la atención prestada.

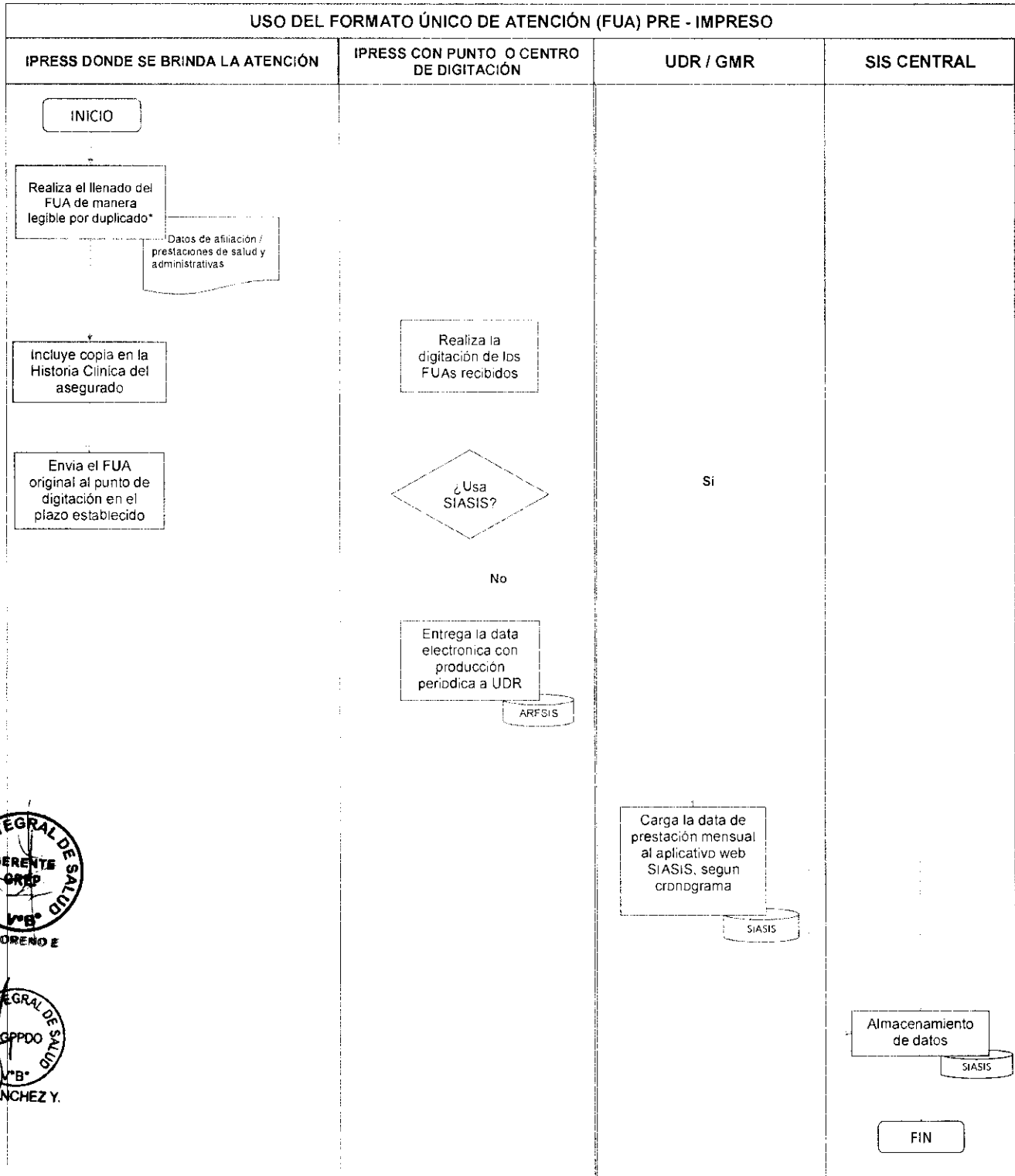
2.7. FIRMA, SELLO Y/O HUELLA DIGITAL:

Para efectos de pago y como señal de conformidad de los medicamentos recibidos y/o de los exámenes o procedimientos realizados, para aquellas IPRESS que registren la atención en el FUA, se requiere la firma (firma/rubrica según su DNI o CE) y sello del Responsable de Farmacia / Laboratorio / Apoyo al Diagnóstico, así como la firma (firma/rubrica según su DNI o CE) y huella digital del asegurado/usuario o apoderado. En caso que el paciente asegurado no pueda colocar su huella digital, deberá firmar el apoderado. En los casos que firma el apoderado, deberá consignar adicionalmente sus nombres y apellidos completos y el número de su Documento Nacional de Identidad o Carnet de Extranjería, según el caso.



ANEXO 5

USO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) PRE - IMPRESO



(*). Salvo las excepciones señaladas en la presente Directiva.



ANEXO 6

USO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN (FUA) ELECTRÓNICO

