

**TÉRMINOS DE REFERENCIA****CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE IMPRESIÓN DE FORMATOS DE FICHA UNICA DE ATENCION (FUA), PARA LA ATENCION A LOS ASEGURADOS SIS DE LA JURISDICCION DE LA RED DE SALUD PACIFICO SUR.**

1. ENTIDAD CONVOCANTE: Red de Salud Pacifico Sur.

2. FINALIDAD PÚBLICA

Garantizar el abastecimiento de formatos FUAS para el correcto registro de las atenciones a los pacientes SIS, en los establecimientos de salud de la Red de Salud Pacifico Sur.

3. ALCANCE Y DESCRIPCION DEL SERVICIO

Servicio de impresión de formatos FUAS, el cual deberá tener las siguientes características:

- Cantidad de FUAS 2025: 65 millares
- Papel bond A4 de 75 gr, color blanco.
- Impresión monocromática (blanco y negro) en ambas caras.
- La ficha FUA tendrá en nombre de cada Establecimiento de salud, así como su código RENAEE impresa según se indica
- La ficha FUA llevará impresa una numeración correlativa en color ROJO, tal como se indica.
- La forma de entrega será en bloques de 100 unidades.
- Cuando se entreguen los formatos FUA, estos deberán estar agrupados por paquetes según el establecimiento que corresponda, así mismo deberá indicar la numeración inicial y final.



FUA DE NIVEL ESPECIALIZADO		
DESCRIPCION IPRESS PUBLICAS	FUAS 2025	NUMERACIÓN
0000027144 - CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO NUEVO PUERTO	3,000	DEL 17001 AL 20000
SUBTOTAL		3,000

FUA DE NIVEL II		
DESCRIPCION IPRESS PUBLICAS	FUAS 2025	NUMERACIÓN
0000001741 - HOSPITAL DE APOYO HUARMEY	5,000	DEL 90001 AL 95000
SUBTOTAL		5,000

FUA DE NIVEL I		
DESCRIPCION IPRESS PUBLICAS	FUAS 2025	NUMERACIÓN
0000001713 - PUESTO DE SALUD HUAMBACHO	2,000	DEL 9001 AL 11000
0000001705 - PUESTO DE SALUD 3 DE OCTUBRE	5,000	DEL 53001 AL 58000
0000001704 - CENTRO DE SALUD YUGOSLAVIA	5,000	DEL 120001 AL 125000
0000001716 - CENTRO DE SALUD MORO	4,000	DEL 23501 AL 27500
0000001724 - PUESTO DE SALUD HUANCHUY	1,000	DEL 11001 AL 12000
0000001725 - PUESTO DE SALUD EL OLIVAR	1,500	DEL 5001 AL 6500
0000001727 - PUESTO DE SALUD TORTUGAS	2,000	Del 8001 al 10000



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDADO DE LA ECONOMÍA PERUANA"

0000001722 - PUESTO DE SALUD CASA BLANCA	500	DEL 3001 AL 3500
0000001732 - PUESTO DE SALUD PUMA PUCLLANAN	500	DEL 4001 AL 4500
0000001728 - CENTRO DE SALUD YAUTAN	2,000	DEL 57001 AL 59000
0000001729 - PUESTO DE SALUD CACHIPAMPA	2,000	DEL 14501 AL 16500
0000001734 - CENTRO DE SALUD PARIACOTO	2,500	Del 20001 al 22500
0000001735 - PUESTO DE SALUD FORTALEZA	1,000	DEL 7501 AL 8500
0000001736 - PUESTO DE SALUD CHACCHAN	1,000	DEL 6001 AL 7000
0000001743 - PUESTO DE SALUD CULEBRAS	1,500	DEL 11001 AL 12500
0000001746 - PUESTO DE SALUD QUIAN	500	DEL 3001 AL 3500
0000001748 - PUESTO DE SALUD HUANCHAY HZ	1,000	DEL 4501 DEL 5500
0000001744 - PUESTO DE SALUD LA VICTORIA	3,000	DEL 37501 AL 40500
0000001751 - PUESTO DE SALUD HUAMBA	1,000	DEL 4001 AL 5000
SUBTOTAL		37,000
TOTAL		45,000

* CANTIDAD DE FUAS EN BLANCO: 20,000UND
CANTIDAD TOTAL DE FUAS A IMPRIMIR : 65,000 UND

4. **REGLAMENTOS TECNICOS, NORMAS OBLIGATORIAS Y/O SANITARIAS:** No corresponde

5. **SEGUROS:** No corresponde

6. **PRESTACIONES ACCESORIAS:** No corresponde

7. **PLAZO Y LUGAR DE EJECUCION DEL SERVICIO**

El plazo de entrega será en una (01) armada, distribuidas de la siguiente forma:

ENTREGABLE	PLAZO
1er entregable	Hasta los 15 días calendarios.
El plazo será contabilizado en días calendarios contados desde el día siguiente de notificada la orden de servicio.	

8. **ENTREGABLE**

El servicio constará de un entregable el cual será al 100% su entrega según lo indicado en el punto 3.

9. **FORMA DE PAGO**

El pago se realizará en una (01) armada, previa acta de conformidad del servicio, el cual será brindado por el Área Usuaria según se indica:

ENTREGABLE	% DE PAGO
1er entregable	Pago del 100% del valor de la Orden de Servicio





"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDADO DE LA ECONOMÍA PERUANA"

10. REQUERIMIENTO MINIMO EXIGIDOS AL PROVEEDOR

- Contar con RNP vigente de servicios
- Experiencia no menor a 2 años en el servicio requerido.
- Pertener al rubro del servicio solicitado
- No estar inhabilitado o suspendido para contratar con el estado.

10.1 EXPERIENCIA DEL POSTOR EN LA ESPECIALIDAD

Requisitos:

- El postor debe acreditar un monto facturado acumulado equivalente a 02 vez el valor estimado, por la contratación de servicios iguales o similares al objeto de la convocatoria, durante los ocho (8) años anteriores a la fecha de la presentación de ofertas que se computarán desde la fecha de la conformidad o emisión del comprobante de pago, según corresponda.
- Se consideran servicios similares a los siguientes: SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL.

11. PERFIL DE LOS PROFESIONALES PROPUESTOS: Pertener al rubro del servicio solicitado

12. CONFORMIDAD DE PRESTACIONES DE SERVICIO: La conformidad del servicio será emitida por la Unidad de Seguros.

13. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA

El contratista es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contando a partir de la conformidad otorgada por la entidad.

14. PENALIDADES

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución del servicio objeto del contrato, la entidad le aplicará una penalidad por cada día de atraso, hasta un monto máximo equivalente al diez por ciento (10%) del monto del contrato vigente.

$$\text{PENALIDAD DIARIA} = \frac{0.10 \times \text{MONTO}}{\text{F} \times \text{PLAZO EN DIAS}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

- Para plazos menores o iguales a sesenta (60) días, para bienes, servicios en general, consultoría y ejecución de obras: F=0.40
- Para plazos mayores a sesenta (60) días:
 - Para bienes, servicios y consultorías: F=0.25
 - Para obras: F=0.15

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, a la ejecución total del servicio o a la obligación parcial de ser el caso, que fuera materia de retraso. Se considera justificado el retraso, cuando el contratista acredite de modo objetivo sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. Esta calificación del retraso como justificado no da lugar al pago de gastos generales de ningún tipo.

Nuevo Chimbote, 19 de setiembre del 2025.

GOBIERNO REGIONAL DE ANCASH
DIRES - ANCASH
U.E. RED DE SALUD PACIFICO SUR

MG. Antonia E. Rojdan Alvarez
COP. 8463
Jefa de la Unidad de Aseguramiento en Salud

ÁREA USUARIA
FIRMA Y SELLO



FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA

NUMERO DE FORMATO	
00027144	25

DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

CODIGO RENAES DE LA IPRESS	NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCION
00027144	CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO NUEVO PUERTO

PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR DE ATENCION	ATENCION	REFERENCIA REALIZADA POR		
DE LA IPRESS	CODIGO DE AISPED	INTRAMURAL	AMBULATORIA	COD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	N° HOJA DE REFERENCIA
ITINERANTE		EXTRAMURAL	REFERENCIA			
AISPED			EMERGENCIA			

DEL ASEGURADO / USUARIO

IDENTIFICACION		CODIGO DEL ASEGURADO SIS		ASEGURADO DE OTRA IAFAS		
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS	NUMERO	INSTITUCION		
APELIDO PATERNO				COO. SEGURO		
PRIMER NOMBRE				APELIDO MATERNO		
				OTROS NOMBRES		

SEXO	FECHA	DIA	MES	ANO	N° DE HISTORIA CLINICA	ETNIA
MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO					
FEMENINO						
SALUD MATERNA	FECHA DE NACIMIENTO				DNI / CNV / AFILIACION DEL RN 1	
GESTANTE					DNI / CNV / AFILIACION DEL RN 2	
PUERPERA	FECHA DE FALLECIMIENTO				DNI / CNV / AFILIACION DEL RN 3	

FECHA DE ATENCION			HORA	UPS	COD. PRESTA.	COD. PREST. ADICIONALES	HOSPITALIZACION	FECHA	DIA	MES	ANO	
DIA	MES	ANO						DE INGRESO				
								DE ALTA				
REPORTE VINCULADO	COD. AUTORIZACION		N° FUA A VINCULAR			DE CORTE ADMINISTRATIVO						

CONCEPTO PRESTACIONAL				SEPELIO			
ATENCION DIRECTA				NATIMUERTO	OBITO	OTRO	

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO								
ALTA	CITA	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA	REFERIDO CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNOSTICO	CONTRA RREFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.

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

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS						VACUNAS N° DE DOSIS					
PESO (Kg)	TALLA (cm)	P.A (mmHg)	IMC (Kg/m2)	PAB (cm)		BCG	INFLUENZA	ANTIAMARILICA			
DE LA GESTANTE	DEL RECEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO	DPT	PAROTID	ANTINEUMOC			
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)	CRED N°	R.N. PREMATURO	TAP/ EEDP o TEPSI	EVAL INTEGRAL	APO	RUBEOLA	ANTITETANICA			
EDAD GEST	APGAR 1°	5°	BAJO PESO AL NACER	CONSEJERIA NUTRICIONAL	ADULTO MAYOR	ASA	ROTAVIRUS	COMPLETAS PARA LA EDAD	SI	NO	
ALTURA UTERINA	Corte Tardío de Cordón (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER	CONSEJERIA INTEGRAL	VACAM	SPR	DT ADULTO (N° DOSIS)	VPH			
PARTO VERTICAL					TAMIZAJE SALUD MENTAL	SR	IPV	OTRA VACUNA			
CONTROL PUERP (N°)	TAMIZAJES DE PATOLOGIAS CRONICAS		DEPURACION DE CREATININA (mL/min)		PAT. NOR.	HVB	PENTAVAL				
	HB GLICOSILADA (mg/dL)	DOSAJE DE ALBUMINA EN ORINA (ug/mL)				GRUPO DE RIESGO HVB	GRUPO DE RIESGO HVB 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABAJAD SEXUALES 3. HSH 4. PRIVADO LIBERTAD 5. FF. AA. 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDIANTE DE SALUD 8. POLITRANSLANCADOS 9. DROGO DEPENDIENTES				

DIAGNOSTICOS											
N°	DESCRIPCION	INGRESO			EGRESO						
		TIPO DE DX	CIE - 10		TIPO DE DX	CIE - 10					
1		P	D	R			D	R			
2		P	D	R			D	R			
3		P	D	R			D	R			
4		P	D	R			D	R			
5		P	D	R			D	R			

N° DE DNI	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION	N° DE COLEGIATURA	
RESPONSABLE DE LA ATENCION	ESPECIALIDAD	N° RNE	EGRESADO

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

FIRMA
 ASEGURADO
 REPRESENTANTE

REPRESENTANTE DEL ASEGURADO:
 NOMBRES Y APELLIDOS _____
 DNI o CE DEL REPRESENTANTE: _____

Huella Digital del Asegurado o del Representante

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION _____

PRODUCTOS FARMACEUTICOS / MEDICAMENTOS

CÓDIGO SISMED	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX	CÓDIGO SISMED	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX
00393	ALPROZOLAM	TAB	0.5 mg				06466	VALPROATO SODICO	TAB	500 mg			
00670	AMITRIPTILINA	TAB	25 mg				17771	VALPROATO SODICO	TAB	250mg/5ml x 120ml			
01243	BIPERIDENO CLORHIDRATO	TAB	2 mg				18910	CLORPROMAZINA CLORHIDRATO	INY	25 mg/mL			
01242	BIPERIDENOL (LACTATO)	INY	5 mg/mL				02302	CLOZAPINA	TAB	25 mg			
01532	CARBAMAZEPINA	TAB	200 mg				03881	HALOPERIDOL	TAB	10 mg			
01997	CLOMIPRAMIDA CLORHIDRATO	TAB	25 mg				04368	LEVOMEPROMAZINA	TAB	100 mg			
02004	CLONAZEPAM	TAB	2 mg				04846	MIRTAZAPINA	TAB	30 mg			
02003	CLONAZEPAM	TAB	500 mg (0.5mg)										
02208	CLORPROMAZINA CLORHIDRATO	TAB	100 mg										
02361	CLOZAPINA	TAB	100 mg										
02754	DIAZEPAM	TAB	10 mg										
02752	DIAZEPAM	INY	5 mg/mL										
02966	DISULFIRAM	TAB	500 mg										
03601	FLUFENAZINA DECANATO	INY	25 mg/mL										
03624	FLUOXETINA (COMO CLORHIDRATO)	TAB	20 mg										
03718	GABAPENTINA	TAB	300 mg										
03878	HALOPERIDOL	GOT	2 mg/mL										
03882	HALOPERIDOL	TAB	5 mg										
03873	HALOPERIDOL	INY	5 mg/mL										
03874	HALOPERIDOL DECANATO	INY	50 mg/mL										
04332	LAMOTRIGINA	TAB	50 mg										
04368	LEVOMEPROMAZINA COMO MALEATO	TAB	100 mg										
04469	LIPIO CARBONATO	TAB	300 mg										
04831	MIDAZOLAM	INY	5 mg/5 ml										
04846	MIRTAZAPINA	TAB	30 mg										
	PAROXETINA	TAB	200 mg										
05640	QUETIAPINA	TAB	200 mg										
05894	RISPERIDONA	TAB	2 mg										
05807	SERTRALINA (COMO CLORHIDRATO)	TAB	50 mg										
06019	SULPIRIDA	TAB	200 mg										
06127	TIAMINA	TAB	100 mg										
	TOPIRAMATO	TAB	25-50-100-200 mg										

DISPOSITIVOS MÉDICOS / PRODUCTOS SANITARIOS

CÓDIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX	CÓDIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX
16656	JERINGA DESCARTABLE 1ml. C/ AGUJA 25 G	UNI	25 g x 5/8"										
16657	JERINGA DESCARTABLE 3ml. C/ AGUJA N°21	UNI	21 G X 1 1/2"										
11370	JERINGA DESCARTABLE 5ml. C/ AGUJA N°21	UNI	21 G X 1 1/2"										
11368	JERINGA DESCARTABLE 10ml. C/ AGUJA N°21	UNI	21 G X 1 1/2"										
11369	JERINGA DESCARTABLE 20ml. C/ AGUJA N°21	UNI	21 G X 1 1/2"										
10155	AGUJA HIPODERMICA DESCARTABLE N° 23	UNI	N° 23 G X 1"										
16570	GUANTE QUIRURG. DESCARTABLE ESTERIL PAR	UNI	N° 7										
16571	GUANTE QUIRURG. DESCARTABLE ESTERIL PAR	UNI	N° 7 1/2										
24382	APOSITO DE GASA	UNI	10cm X 20cm										
50017	KIT CALIBRACION PARA DROGRAS TERAP (6 FRASCO.)	FRASCO	3 ml										

PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO

CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES	CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES
99207	ATENCION EN SALUD MENTAL					90863	PSICOTERPIA GRUPAL PSICODINÁMICA				
99214	EVALUACION MEDICA ESPECIALIZADA					90849	PSICOTERAPIA DE GRUPO MULTIFAMILIAR (10 familias)				
99215.01	CONSULTA ESPECIALIZADA POR PSIQUIATRIA					90846.01	PSICOTERAPIA FAMILIAR (psicologo)				
90780	INFUSION INTRAVENOSA DE TERAPIA O DX					90849	SESION DE PSICOTERAPIA DE GRUPO Incluye Múltiples Grupos Familiares				
90782	INYECTABLES TERAPEUTICAS INTRAMUSCULARES					90861	TERAPIA DE RELAJACION				
96101	PRUEBAS PSICOLÓGICAS (Medico o Psicologo)					97535.01	TERAPIA OCUPACIONAL GRUPAL				
96111	PRUEBAS DE DESARROLLO (incluye evaluaciones de funcionamiento de motor, del lenguaje, social, adaptativo...)					97770	TERAPIA DE APRENDIZAJE				
96118	PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS (P. ej. Batería neuropsicológica Halstead-Reitan, Escalas de Memoria de Wechsler y Prueba de cartas de Wisconsin)					90846.03	TERAPIA DE PAREJA (psicologo)				
90846.01	PSICOTERAPIA FAMILIAR (por Medico)					92507	TERAPIA DEL LENGUAJE				
90806	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL					C0011	VISITA FAMILIAR INTEGRAL				
99207.04	PSICOEDUCACION AL PACIENTE										

SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (PROCEDIMIENTOS)

CÓDIGO	NOMBRE	CARACT	IND / PRESS	DX	RES	N° TICKET	PO

OBSERVACIONES

ASEGURADO REPRESENTANTE

Firma y Sello del Responsable de UPSS de Apoyo al Diagnostico (Procedimiento y/o Farmacia y/o Laboratorio o el que corresponda)

NOMBRES Y APELLIDOS

DNI o CE DEL REPRESENTANTE

Huella Digital del Asegurado o del Representante

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NUMERO DE FORMATO	
00001719	25

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS	NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN
00001719	HOSPITAL DE APOYO SAN IGNACIO DE CASMA

PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR DE ATENCIÓN	ATENCIÓN	REFERENCIA REALIZADA POR		
DE LA IPRESS	CODIGO DE AISPED	INTRAMURAL	AMBULATORIA	CÓD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	N° HOJA DE REFERENCIA
ITINERANTE		EXTRAMURAL	REFERENCIA			
AISPED			EMERGENCIA			

DEL ASEGURADO / USUARIO

IDENTIFICACIÓN		CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS		ASEGURADO DE OTRA IAFAS		
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS	NÚMERO	INSTITUCIÓN	COD. SEGURO	
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO		
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES		
SEXO	FECHA	DIA	MES	AÑO	N° 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.	CÓD. PREST. ADICIONALES	HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DIA	MES	AÑO	
DIA	MES	AÑO						DE INGRESO				
								DE ALTA				
REPORTE VINCULADO	CÓD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR					DE CORTE ADMINISTRATIVO				
CONCEPTO PRESTACIONAL							SEPELIO					
ATENCIÓN DIRECTA							NATIMUERTO	OBITO	OTRO			

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO

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

SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:

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

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS						VACUNAS N° DE DOSIS					
PESO (Kg)	TALLA (cm)	P.A. (mmHg)	IMC (Kg/m2)	PAB (cm)		BCG	INFLUENZA	ANTIAMARILICA			
DE LA GESTANTE	DEL RECIEN NACIDO	GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR			JOVEN Y ADULTO	DPT	PAROTID	ANTINEUMOC			
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)	CRED N°	R.N. PREMATURO	TAP/ EEDP o TEPESI	EVAL INTEGRAL	APO	RUBEOLA	ANTITETANICA			
EDAD GEST	APGAR 1°	5°	BAJO PESO AL NACER	CONSEJERIA NUTRICIONAL	ADULTO MAYOR	ASA	ROTAVIRUS	COMPLETAS PARA LA EDAD	SI	NO	
ALTURA UTERINA					VACAM	SPR	DT ADULTO (N° DOSIS)	VPH			
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)	ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER	CONSEJERIA INTEGRAL	TAMIZAJE SALUD MENTAL	PAT. NOR.	SR	IPV	OTRA VACUNA			
CONTROL PUERP (N°)	HB GLICOSILADA (mg/dL)	DOSAJE DE ALBUMINA EN ORINA (ug/mL)	DEPURACION DE CREATININA (mL/min)	TAMIZAJES DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS		HVB	PENTAVAL				
						GRUPO DE RIESGO HVB					GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABAJAD. SEXUALES 3. HSH 4. PRIVADO LIBERTAD 5. FF. AA. 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDIANTES DE SALUD 8. POLITRANSFUNDIDOS 9. DROGAD. DEPENDIENTES

DIAGNÓSTICOS

N°	DESCRIPCIÓN	INGRESO			EGRESO		
		TIPO DE DX	CIE - 10		TIPO DE DX	CIE - 10	
1		P	D	R		D	R
2		P	D	R		D	R
3		P	D	R		D	R
4		P	D	R		D	R
5		P	D	R		D	R

N° DE DNI	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	N° DE COLEGIATURA
-----------	---------------------------------------	-------------------

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	N° RNE	EGRESADO
----------------------------	--------------	--------	----------

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

FIRMA ASEGURADO REPRESENTANTE

REPRESENTANTE DEL ASEGURADO: NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

DNI o CE DEL REPRESENTANTE:

Huella Digital del Asegurado o del Representante

TERAPEUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNOSTICO

NUMERO DE FORMATO
00001719 25

COD	NOMBRE	FF	CONCENTR	PR	ENT	DX
00091	ACIDO ACETILSALICILICO	TAB	100 mg			
00090	ACIDO FOLICO	TAB	500 ug (0.5 mg)			
05313	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO (Equiv. de H	TAB	400 ug + 60 mg Fe			
08008	AGUA PARA INYECCION	INY	5 ml/5			
00259	ALBENDAZOL	SUS	20 ml/160 mg/5 ml			
00269	ALBENDAZOL	TAB	200 mg			
00293	ALPRAZOLAM	TAB	500 ug (0.5 mg)			
18091	ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO	SUS	150 ml/400 + 400 mg/5 ml			
00627	AMARILCINA (COMO SULFATO)	INY	7 ml/500 mg			
01841	AMOXICILINA	TAB	500 mg			
00794	AMOXICILINA	SUS	60 ml/250 mg/5 ml			
06807	AMOXICILINA	TAB	250 mg			
07245	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (COMO SA	SUS	60 ml/250 mg + 62.5 mg/5			
00750	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO (COMO SA	TAB	500 mg + 125 mg			
00830	AMPICILINA SODICA	INY	1 g			
00903	ATORVASTATINA (COMO SAL CALCICA)	TAB	20 mg			
00939	AZITROMICINA SUSP	TAB	500 mg/5ml 60ml			
09947	AZITROMICINA	INY	1000000 UI			
14291	BENCILPENICILINA PROCAINICA	INY	1200000 UI			
01043	BENZATINA BENZILPENICILINA	INY	1200000 UI			
01053	BENZATO DE BENCIL	LOC	120 ml/25 g/100 ml (25 %)			
01205	BETAMETASONA (COMO DIPROPIONATO)	CRM	20 g/50 mg/100 g (0.05 %)			
01243	BIFEREDNO CLORHIDRATO	TAB	2 mg			
01260	BISMUTO SUSPEN	SOL	87.33mg/5ml 240ml			
20635	CALCIO CARBONATO	TAB	1.25g (Ecuivalente 50 mg)			
01522	CAPTROPIL	TAB	25 mg			
01532	CARBAMAZEPINA	TAB	250mg/5ml 60ml			
01628	CEFALOXINA SUSPENSION	TAB	500 mg			
01636	CEFALOXINA	TAB	500 mg			
01644	CEFTRIAXONA SODICA Z/VALY	INY	1 g			
03186	CIFPROLOXACINO (COMO CLORHIDRATO)	TAB	500 mg			
01837	CIFPROLOXACINO (COMO LACTATO)	INY	100 ml/200 mg			
01930	CLARITROMICINA	TAB	500 mg			
01964	CLINDAMICINA (COMO CLORHIDRATO)	CAP	300 mg			
01958	CLINDAMICINA (COMO FOSFATO)	INY	4 ml/400 mg			
01973	CLOBETASOL	CRM	50mg / 100g (0.05%) 35g			
02004	CLONAZEPAM	TAB	500 mg			
02095	CLORANFENICOL	TAB	4 mg			
02149	CLORENFAMINA MALEATO	TAB	1 ml/10 mg/ml			
03129	CLORENFAMINA MALEATO	INY	1 ml/10 mg/ml			
03132	CLORENFAMINA MALEATO	JBE	120 ml/2 mg/5 ml			
02354	CLOTIRMAZOL	OVU	500 mg			
02319	CLOTIRMAZOL	CRM	10 g/1 g/100 g			
02654	DEXAMETASONA	TAB	500 ug (0.5 mg)			
02642	DEXAMETASONA FOSFATO	INY	2 ml/4 mg/ml			
02724	DEXTROMETORFANO BROMHIDRATO	JBE	120 ml/25 mg/5 ml			
03787	DEXTROSA	INY	20 ml/333 mg/ml (33 %)			
03789	DEXTROSA	INY	11.5 g/100 ml (5 %)			
02752	DIAZEPAM	INY	2 ml/25 mg/ml			
02728	DICLOXACILINA SODICO	INY	3 ml/25 mg/ml			
02836	DICLOXACILINA (COMO SAL SODICA)	TAB	500 mg			
02830	DICLOXACILINA (COMO SAL SODICA)	SUS	60 ml/250 mg/5 ml			
02832	DICLOXACILINA (COMO SAL SODICA)	TAB	250 mg			

COD	NOMBRE	FF	CONCENTR	PR	ENT	DX
02884	DIMEHIDRORATO	INY	5 ml/50 mg			
02891	DIMEHIDRORATO	TAB	50 mg			
03018	DOXICICLINA	TAB	100 mg			
03078	ENALAPRIL MALEATO	TAB	20 mg			
03080	ENALAPRIL MALEATO	SUS	120 mg/5 ml 60ml			
03182	ERITROMICINA (COMO ESTEARATO O ETILSUCC	TAB	500 mg			
03191	ERITROMICINA (COMO ESTEARATO O ETILSUCC	INY	1 ml/20 mg/ml			
03213	ESCOPOLAMINA-N-BUTILBROMURO	TAB	10 mg			
03234	ESTRADIOL + MEDROXIPROGESTERONA	INY	5 mg + 25mg / 0.5 ml			
18102	ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL	BUS	21 tab + 730 ug + 150 ug			
03328	ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL	TAB	30 ug + 150 ug			
03451	FENITOINA SODICA	INY	50mg / 5ml			
08075	FENITOINA	INY	50mg/ml 10ml			
03501	FENTANOLO	TAB	300 mg			
03552	FERRUSO SULFATO	TAB	100 mg			
03536	FERRUSO SULFATO	SOL	30 ml/25 mg de Fe/ml			
03519	FERRUSO SULFATO	JBE	180 ml/15 mg de Fe/5 ml			
03595	FLUCONAZOL	TAB	150 mg			
05705	FLURAZOLIDONA	SUS	5 ml/50 mg/5 ml			
03786	FLURAZOLIDONA	TAB	100mg			
03710	FURUSEMIDA	INY	40 mg			
03714	FURUSEMIDA	TAB	600 mg			
03735	GENIBROZOL	INY	2 ml/80 mg/ml			
03747	GENITAMICINA (COMO SULFATO)	INY	2 ml/40 mg/ml			
03713	GENITAMICINA (COMO SULFATO)	INY	2 ml/40 mg/ml			
03758	GUBENCLAMIDA	TAB	5 mg			
04034	IBUPROFENO	TAB	400 mg			
04054	IBUPROFENO	SUS	60 ml/100 mg/5 ml			
26362	IBUPROFENO	INY	100mg / 2ml			
03979	IBUPROFENO	INY	1 mg / 1ml			
28551	IBUPROFENO	SOL	50mg/20ml			
04102	IBUPROFENO	INY	10 ml/50 mg/ml			
04187	IBUPROFENO	TAB	500 mg			
04365	IBUPROFENO	INY	1.8 ml/20 mg/ml			
04390	IBUPROFENO	INY	20 ml/2 g/100 ml (2 %)			
17700	IBUPROFENO	INY	20 ml/2 g/100 ml (2 %)			
04514	IBUPROFENO	TAB	500 mg			
04511	IBUPROFENO	SUS	5 mg/5 ml 60 ml			
04523	IBUPROFENO	TAB	500 mg			
04291	IBUPROFENO	SOL	3.33 g/5 ml 180 ml			
04582	IBUPROFENO	SUS	30 ml/100 mg/5 ml			
04585	IBUPROFENO	TAB	100 mg			
04586	IBUPROFENO	TAB	500mg			
04594	IBUPROFENO	INY	1 ml/150 mg/ml			
04677	IBUPROFENO	INY	2 ml/1 g			
04696	IBUPROFENO	TAB	850 mg			
04695	IBUPROFENO	TAB	500 mg			
04743	IBUPROFENO	INY	2 ml/5 mg/ml			
04792	IBUPROFENO	TAB	10 mg			
04805	IBUPROFENO	TAB	500 mg			
04776	IBUPROFENO	INY	100 ml/500 mg			
04794	IBUPROFENO	SUS	120 ml/250 mg/5 ml			
04831	IBUPROFENO	INY	5mg/5ml			

COD	NOMBRE	FF	CONCENTR	PR	ENT	DX
04922	IBUPROFENO	INY	2g/100g (2%)			
04881	IBUPROFENO	INY	5mg/5ml			
04922	IBUPROFENO	CRM	2g/100g (2%)			
04882	IBUPROFENO (COMO SAL SODICA)	TAB	500 mg			
05018	IBUPROFENO	TAB	10 mg			
05103	IBUPROFENO	TAB	100 mg			
05040	IBUPROFENO	CAP LM	20 mg			
05131	IBUPROFENO	INY	40 mg			
05706	IBUPROFENO	TAB	100 mg			
05166	IBUPROFENO	INY	1 g			
05211	IBUPROFENO	INY	1 ml/10 UI			
05253	IBUPROFENO	INY	1 ml/10 UI			
05335	IBUPROFENO	TAB	500 mg			
05305	IBUPROFENO	JBE	60 ml/200 mg/5 ml			
05281	IBUPROFENO	SOL	10 ml/100 mg/ml			
05551	IBUPROFENO	SOL	10 ml/20 g/100 ml (20 %)			
05585	IBUPROFENO	TAB	5 mg			
05588	IBUPROFENO	TAB	50 mg			
05590	IBUPROFENO	JBE	5mg / 5ml 120 ml			
05596	IBUPROFENO	INY	2 ml/25 mg/ml			
05658	IBUPROFENO	TAB	300 mg			
05661	IBUPROFENO	TAB	150 mg			
08153	IBUPROFENO	TAB	200000 UI			
19723	IBUPROFENO	GIA	5mg /ml 10ml			
05731	IBUPROFENO	AER	200 Dosis/100 ug /DOS			
20096	IBUPROFENO	PLV	30.5 g/l			
02922	IBUPROFENO	GIA	80mg/ml 15 ml			
05807	IBUPROFENO	INY	1.500 mg/100 ml (0.9 %)			
05873	IBUPROFENO	SOL	2 ml/20 g/100 ml (20 %)			
05889	IBUPROFENO	SOL	1 l/			
05964	IBUPROFENO	CRM	1g/100g 50g			
05985	IBUPROFENO	SUS	60 ml/200 mg + 40 mg			
06002	IBUPROFENO	TAB	400 mg + 80 mg			
03515	IBUPROFENO	TAB	800 mg + 160 mg			
50001	IBUPROFENO	SOL	581			
06111	IBUPROFENO	INY	5 mg/1 g/100 g (1 %)			
06231	IBUPROFENO	INY	50mg/2 ml			
06232	IBUPROFENO	INY	50mg/2 ml			

COD	NOMBRE	PR	CARACTERISTICAS	PR	ENT	DX
24072	AGUIA CARPUL DENTAL DESCARTABLE N° 2/6 X 1 1/8"	UNI	21x1 1/8"			
15047	AGUIA CARPUL DENTAL DESCARTABLE N° 30 G X 1"	UNI	21x1 1/8"			
10151	AGUIA HIPODERMICA DESCARTABLE N° 21	UNI	21x1 1/8"			
10155	AGUIA HIPODERMICA DESCARTABLE N° 23	UNI	21x1 1/8"			
10155	BOLSA COLECTORA DE ORINA N°					
	ROMBILLO DE JERE PARA ASPIRACION N°					
	CANILIA BIASAL PARA OXIGENO					
19421	CATERET ENDOVENOSO PERIFERICO N° 18 GX 1/4					
22256	CATERET ENDOVENOSO PERIFERICO N° 20 G X 1/4					
10477	CATERET ENDOVENOSO PERIFERICO N° 22 G X 1"					
10482	CATERET ENDOVENOSO PERIFERICO N° 24 G X 1"					
23904	CITOCOPILLO PARA PAPANICOLAU					
10554	CLAMP UMBILICAL DESCARTABLE					

COD	NOMBRE	PR	CARACTERISTICAS	PR	ENT	DX
28395	EQUIPO DE INFUSION CON VOLUTRIL MICROGOTERO					
10920	EQUIPO DE VENCLUSIS					
18381	GASA APOSITO 10 x 20 CM					
16571	GUANTE DESCARTABLE PARA EXAMEN N° 7 1/2 (PAK)					
16720	GUANTE QUIRURGICO DESCARTABLE ESTERIL N° 7 (PAK)					
16599	HOJA DE BISTURI DESCARTABLE N° 15					
16601	HOJA DE BISTURI DESCARTABLE N° 20					
16656	JERINGA DESCARTABLE 3 ml. CON AGUIA 25 G					
11368	JERINGA DESCARTABLE 10 ml. CON AGUIA 20 G X 1 1/2"					
11369	JERINGA DESCARTABLE 20 ml. CON AGUIA 23 G X 1 1/2"					
16697	JERINGA DESCARTABLE 3 ml. CON AGUIA 21 G X 1 1/2"					
11370	JERINGA DESCARTABLE 5 ml. CON AGUIA 21 G X 1 1/2"					
19699	LAMINA PORTA OBJETO 76 mm X 26 mm					
	LLAVE DE TRIPLE VIA DESCARTABLE					

COD	NOMBRE	PR	CARACTERISTICAS	PR	ENT	DX
16774	MASCARA DE ORIGEN DESCARTABLE CON BOCA RESECCION ADULTO					
16676	MASCARA DE ORIGEN DESCARTABLE PARA RESECCION ADULTO					
08054	MASCARA DE ORIGEN SIMPLE DESCARTABLE PEDIATICO PREVENTIVO EN NONOXIDOL					
	SONDA NASOGASTRICA N°					
16720	SONDA VESICAL TIPO FOLEY 2 VIAS N° 14 F					
12033	SUTURA CATGUT CROMICO 2/0 C/A 1/2 CIRCULO REDONDA 35 mm X 90 cm					
12019	SUTURA CATGUT CROMICO 2/0 C/A 1/2 CIRCULO REDONDA 40 mm X 90 cm					
	WELON AZUL MONIFILAMENTO N°					
	WELON NEGRO TRENZADA N°					
12490	TERMOESTERIMETRO ORAL					
	VENIA ELASTICA N°					

COD	NOMBRE	LABORATORIO	IND	EJE	DX	RES
86000	Agglutinaciones tíficas, paratíficas o Brucella					
84153	Antígeno Prostatico Especifico (PSA)					
82247	Bilirrubinas total y fraccionadas					
83718	Coesterol - HDL	83721	Coesterol - LDL			
83465	Coesterol total	84526	Trigliceridos			
82565	Creatinina					
81065	Examen completo de orina					
86001	Examen de factor RH					
85027	Examen Hemograma Completo					
81015	Examen microscopico de sedimento urinario					
87177	Examen Seriado parasitologico					
86430	Factor reumatoides (títex)					
80061	Perfil lipídico					
82947	Glucosa Cuantitativa en sangre	82948	GLUC. TIRA REACT.			
85018	Hemoglobina					
83036	Hemoglobina glucosilada					
88782	HIV-3 HIV 2, anticuerpos					
84703	Hormona Gonadotropina coriónica cualitativa					
84520	Nitrogeno ureico (BUN) y/o úrea					
80072	Perfil reumatoides					
81025	Pregestacion (diagnostico de embarazo) orina					
86140	Proteína C reactiva					

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NUMERO DE FORMATO
00001738 **25**

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS: **00001738** NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN: **CENTRO DE SALUD QUILLO**

PERSONAL QUE ATIENDE		LUGAR DE ATENCIÓN	ATENCIÓN	REFERENCIA REALIZADA POR		
DE LA IPRESS	CODIGO DE AISPED	INTRAMURAL	AMBULATORIA	CÓD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	N° HOJA DE REFERENCIA
ITINERANTE		EXTRAMURAL	REFERENCIA			
AISPED			EMERGENCIA			

DEL ASEGURADO / USUARIO

IDENTIFICACION		CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS		ASEGURADO DE OTRA IAFA	
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS	NÚMERO	INSTITUCIÓN	
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO	
PRIMER NOMBRE				OTROS NOMBRES	
SEXO	FECHA	DIA	MES	ANO	N° DE HISTORIA CLÍNICA
MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO				
FEMENINO					
SALUD MATERNA	FECHA DE NACIMIENTO				DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1
GESTANTE					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2
PUERPERA	FECHA DE FALLECIMIENTO				DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3

DE LA ATENCIÓN

FECHA DE ATENCIÓN			HORA	UPS	CÓD. PRESTA.	CÓD. PREST. ADICIONALES	HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DIA	MES	ANO	
DIA	MES	ANO						DE INGRESO				
								DE ALTA				
REPORTE VINCULADO	CÓD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR				DE CORTE ADMINISTRATIVO					

CONCEPTO PRESTACIONAL

ATENCIÓN DIRECTA	SEPELIO		
	NATIMUERTO	OBITO	OTRO

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO

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

SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:

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

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS

PESO (Kg)	TALLA (cm)	P.A. (mmHg)	IMC (kg/m ²)	PAB (cm)	VACUNAS N° DE DOSIS			
DE LA GESTANTE		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		BOG	INFLUENZA	ANTIAMARILICA
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)	CRED N°	R.N. PREMATURO	TAPI EEDP o TEPSI	EVAL. INTEGRAL	DPT	PAROTID	ANTINEUMOC
EDAD GEST	APGAR 1°	5°	BAJO PESO AL NACER	CONSEJERIA NUTRICIONAL	ADULTO MAYOR	APO	RUBEOLA	ANTITETANICA
ALTURA UTERINA	Corte Tardío de Cordón (2 a 3 min)	ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER	CONSEJERIA INTEGRAL	VACAM		ASA	ROTAVIRUS	COMPLETAS PARA LA EDAD
PARTO VERTICAL	TAMIZAJE DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS		CONSEJERIA INTEGRAL	TAMIZAJE SALUD MENTAL	PAT. NOR	SPR	DT ADULTO (N° DOSIS)	VPH
CONTROL PUERP (N°)	HB GLICOSILADA (mg/dL)	DOSAJE DE ALBUMINA EN ORINA (ug/mL)	DEPURACION DE CREATININA (mL/min)	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. CROCOO DEPENDIENTES			


DIAGNÓSTICOS

N°	DESCRIPCIÓN	INGRESO			EGRESO		
		TIPO DE DX	CIE - 10		TIPO DE DX	CIE - 10	
1		P	D	R		D	R
2		P	D	R		D	R
3		P	D	R		D	R
4		P	D	R		D	R
5		P	D	R		D	R

N° DE DNI NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN N° DE COLEGIATURA

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	N° RNE	EGRESADO
----------------------------	--------------	--------	----------

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

FIRMA ASEGURADO REPRESENTANTE REPRESENTANTE DEL ASEGURADO: NOMBRES Y APELLIDOS _____
 DNI o CE DEL REPRESENTANTE: _____
 Huella Digital del Asegurado o del Representante 
 FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN _____

PRODUCTOS FARMACEUTICOS / MEDICAMENTOS													
CODIGO SISMED	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX	CODIGO SISMED	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX
00091	ACIDO ACETILSALICILICO	TAB	100 mg				18102	ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL	BLIS	21 tab+7 - 30 ug + 150ug			
00200	ACIDO FOLICO	TAB	500 ug (0.5 mg)				38880	LEVONORGESTREL EMG	TAB	750 ug Blistex x 2			
03513	ACIDO FOLICO + FERROSO SULFATO (hierro Elemental)	TAB	400ug+60mg Fe				03234	ESTRADIOL + MEDROXIPROGESTERONA	INY	5 mg + 25 mg/0.5 ml			
08008	AGUA PARA INYECCION	INY	5ml				03215	ESCOPALAMINA	TAB	10 mg			
09259	ALBENDAZOL	SUS	100mg/5 ml, 20 ml				03813	ESCOPALAMINA	INY	1ml/20mg			
09269	ALBENDAZOL	TAB	200 mg				03585	FITOMENADIONA	INY	150 mg			
05383	ALPRAZOLAM	TAB	500 ug (0.5 mg)				03578	FITOMENADIONA	INY	10 mg/ml x 1 ml			
18091	ALUMINIO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO	SUS	400+400mg/5ml x 150 ml				03703	FURAZOLIDONA	SUS	50mg/5ml 120ml			
06627	AMIKACINA (COMO SULFATO)	INY	250 mg/ 2 ml				03708	FURAZOLIDONA	TAB	100 mg			
06673	AMLODIPINO (COMO BESILATO)	TAB	250 mg/ 2 ml				03747	GENTAMICINA (COMO SULFATO)	INY	80 mg/ml, 2ml			
00784	AMOXICILINA	SUS	250 mg/5ml, x 90 ml				03758	GLIBENCLAMIDA	TAB	5 mg			
00786	AMOXICILINA	SUS	250 mg/5ml, x 120 ml				28851	HIERRO POLIMALTOSA	SOL	50mg/ml, 20ml			
00808	AMOXICILINA	TAB	500 Mg				03979	HIDROXOCOBALAMINA	INY	1 mg/ml, 1ml			
00750	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO	TAB	500 mg + 125mg				04024	IBUPROFENO	SUS	100 mg/5 ml x 60ml			
00725	AMOXICILINA + ACIDO CLAVULANICO	SUS	250 mg + 62.5mg 60 ml				04034	IBUPROFENO	TAB	400 mg			
00830	AMPIROLINA SODICA	INY	1g				04281	LACTULOSA	SOL	3.33 g/5 ml - 180 ml			
09993	ATORVASTATINA (C) 00994	TAB	20 mg o 40 mg				04590	LIDOCAINA SIN PRES.	INY	2 g/100ml (2%) 20ml			
09939	AZITROMICINA	SUS	200 mg/5 ml, 60 ml				04614	LORATADINA TAB 10mg	04611	LORATADINA jbo	TAB/JBE		
09947	AZITROMICINA	TAB	500 mg				04623	LOSARTAN POTASICO	TAB	50 mg			
10129	BENCILPENICILINA PROCAINICA	INY	1000000 UI				04682	MEBENDAZOL	SUS	100mg/5 ml, 30ml			
18348	BENZATINA BENCILPENICILINA	INY	2400000 UI				04585	MEBENDAZOL 100mg	04586	MEBENDAZOL 500mg	TAB		
18153	BENZATINA BENCILPENICILINA	INY	1200000 UI				04584	MEDROXIPROGESTERONA ACETATO	AMP	1 ml, 160 mg/ml			
01053	BENZOATO DE BENCILO	LOC	25 g/100 ml (25 %) 120ml				04477	METAMIZOL SODICO	INY	1 g/ 2 ml			
01205	BETAMETASONA (COMO DIPROPIONATO)	CRM	50 mg/100 g (0.05%) 20g				04743	METOCLOPRAMIDA INY	04752	METOCLOPRAMIDA T	INY/TAB		
01266	BISMUTO SUBSALICILATO	SUS	87.33 mg/5ml, 240ml				04805	METRONIDAZOL	TAB	500 mg			
01522	CAPTOPRIL	TAB	25 mg				04794	METRONIDAZOL	SUS	250 mg /5 ml, 120ml			
20835	CARBONATO DE CALCIO	TAB	1.25g (equiv. 500 mg cal.)				04996	METFORMINA CLORHIDRATO	TAB	850 mg			
01628	CEFALEXINA	SUS	250mg/5ml, 60ml				04922	MUPIROICINA (COMO SAL CALCICA)	CRM	2 g/100 g (2 %) - 15 g			
01638	CEFALEXINA	TAB	500 mg				04982	NAPROXENO	YAM	500 mg			
18188	CEFTRIAXONA SODICA CON DILUYENTE	INY	1g				05103	NITROFURANTOINA	SUS	100 mg			
01646	CIFPROFLOXACINO	TAB	500 mg				05094	NITROFURANTOINA	SUS	25 mg/5 ml, 20 ml			
01837	CIFPROFLOXACINO	INY	200 mg/ 100 ml				35040	CMEPRAZOL	TAB	20 mg			
01930	CLARITROMICINA TAB	1828	CLARITROMICINA	TB/SUS	100 mg/ 200 mg/ 200 mg/ 100 ml - 100		24760	ORFENADRINA CITRATO	INY	100 mg			
01964	CLINDAMICINA	TAB	300 mg				05196	ORFENADRINA CITRATO	TAB	30 mg/ml, 2ml			
01973	CLOBETAZOL PROPIONATO	CRM	50 mg/100 g (0.05%) 25g				20875	OTRAS COMBINACIONES DE MULTIVITAMINAS	PLV	1 g			
02004	CLONAZEPAM	TAB	2 mg				05253	OXITOCINA	INY	10 UI 1ml			
02053	CLORANFENICOL	TAB	500 mg				05261	PARACETAMOL	SOL	100 mg/ml x 10ml			
02052	CLORANFENICOL COMO PALMITATO	SUS	250 mg/5ml x 60 ml				05309	PARACETAMOL	JBE	120 mg/5 ml x 60 ml			
02132	CLORFENAMINA MALEATO	JBE	2 mg/5 ml X 120ml				05333	PARACETAMOL	TAB	500 mg			
03140	CLORFENAMINA MALEATO	TAB	4 mg				05588	PREDNISONA	TAB	20 mg			
02128	CLORFENAMINA MALEATO	INY	10 mg/ml				05588	PREDNISONA	JBE	5 mg/5 ml, 120ml			
02319	CLOTRIMAZOL	CRM	1 g/100 g (1%) 20g				05661	RANITIDINA (COMO CLORHIDRATO)	TAB	300 mg			
02354	CLOTRIMAZOL	OVU	500 mg				05658	RANITIDINA (COMO CLORHIDRATO)	INY	25 mg / 2 ml			
02687	DEKAMETASONA	TAB	4 mg				20036	SALES DE REHIDRATACION ORAL	PLV	20.5 g/L			
02642	DEKAMETASONA FOSFATO (COMO SAL SODICA)	INY	4 mg/ 2 ml				05731	SALBUTAMOL (COMO SULFATO)	AER	100ug/ DOSIS 200 DOSIS			
02724	DEXTROMETOFANO BROMHIDRATO	JBE	15mg/5ml, 120ml				05807	SERTRALINA	TAB	50 mg			
03787	DEXTROSA	INY	20ml/333 mg (3%) 20ml				05822	SIBECITICINA	SUS	80 mg/ml, 15ml			
03789	DEXTROSA	INY	1 ml/5g/100 ml (5%)				05822	SODIO CLORURO 900 mg/100ml	INY	900 mg/100 (0.9%) 1L			
02754	DIAZEPAM	TAB	10 mg				05880	SODIO CLORURO 20 g/100 ml (20%) 20ml	INY	20% 20ml			
02788	DICLOFENACO	INY	25 mg 3 ml				05888	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	SUS	200/40 mg/5 ml, 60ml			
02782	DICLOFENACO	GEL	1 g/100a 50 a				03515	SULFAMETOXAZONA + TRIMETOPRIMA	TAB	800 mg + 160 mg			
02830	DICLOXACILINA (COMO SAL SODICA)	SUS	250 mg/5 ml, 60 ml				03619	SULFATO FERROSO	JBE	75mg/5 ml, 190ml			
02835	DICLOXACILINA 250mg	02836	DICLOXACILI	TAB	250 mg / 500 mg		03536	SULFATO FERROSO	SOL	25mg/5ml, 30 ml			
02884	DIMENHIDRINATO	INY	50 mg/5ml				03552	SULFATO FERROSO	TAB	300 mg/Equiv. 60mg Fe			
02891	DIMENHIDRINATO	TAB	50 mg				06111	TETRACICLINA CLORHIDRATO	UNG	1 g/100g (1%) 6g			
03018	DORICICLINA	TAB	100 mg										
03078	ENALAPRIL 10mg	03080	ENALAPRIL	TAB	10mg / 20mg								
03351	ETONOGESTREL (IMPLANTE)	UND	88 mg										
03182	ERITROMICINA SUSPENSION	SUS	250 mg/5ml, x 60 ml										
03191	ERITROMICINA	TAB	500mg										

DISPOSITIVOS MEDICOS / PRODUCTOS SANITARIOS													
CODIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX	CODIGO	NOMBRE	PR	CARACT	PRES	ENTR	DX
10018	ACIDO ACETICO PARA IVA	SOL	500 ml, 5%				18570	GUANTE QUIRURG. DESCARTABLE ESTERIL PAR	UNID	N° 7			
24072	AGUJA DENT N° 27	18047	AGUJA DENT N° 30	UNID	N° 27 ó 30 G X 1" UND		18871	GUANTE QUIRURG. DESCARTABLE ESTERIL PAR	UNID	N° 7 1/2			
18181	AGUJA DESC. N° 21	18183	AGUJA DESC. N° 23	UNID	N° 21 G 1 1/2 O N° 23 G 1 1/2		18589	HOJA DE BISTURI DESCARTABLE	UNID	N° 15			
24382	APOSITO DE GASADOM X 20 cm	UNID	10 x 20cm				23148	LAMINA PORTA OBJETO 25 mm X 75 mm	UNID	25 mm X 75 mm			
18287	BRAZALETE NINO	18288	BRAZALETE NINA	UNID	N°		18737	LLAVE DE YRIPLE VIA DESCARTABLE	UNID				
23904	CITOCEPILLO PARA PAP	UNID					18776	MASCARA OXIGENO DESCART. NEBULIZACION	UNID	PARA NIÑOS			
10554	CLAMP UMBILICAL DESCARTABLE	UNID					18774	MASCARA OXIGENO DESC. NEBULIZACION	UNID	PARA ADULTO			
10929	EQUIPO DE VENOCLISIS	UNID											
25122	ESPECULO VAGINAL DESCARTABLE	UNID					08054	PRESERVATIVOS SIN NONOXINOL	UNID mm X cm			
16656	JERINGA DESCARTABLE 1ml C/ AGUJA 25 G	UNID	25 g x 5/8"				12018	SUTURA CATGUT CROMICO 2/0 CIA 1/2 CIRC. REDON	UNID	35 mm x 70 cm			
16657	JERINGA DESCARTABLE 3ml C/ AGUJA N°21	UNID	21 G X 1 1/2"				20488	SUTURA SEDA NEGRA 3/0 CIA 1/2 CIRC. REDONDA	UNID	30 mm x 75 cm			
11370	JERINGA DESCARTABLE 5ml C/ AGUJA N°21	UNID	21 G X 1 1/2"				12805	VENDA ELASTICA N° 3x5	UNID	3" x 5 yd			
11368	JERINGA DESCARTABLE 10ml C/ AGUJA N°21	UNID	21 G X 1 1/2"				12809	VENDA ELASTICA N° 4x5	UNID	4" x 5 yd			
11369	JERINGA DESCARTABLE 20ml C/ AGUJA N°22	UNID	22 G X 1 1/2"										

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICO POR IMAGENES / LABORATORIO											
CODIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES	CODIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES
90471	ADMINISTRACION DE INMUNIZACIONES					78805	ECO. OBSTETRICA	76790	ECO. ABDOMINAL		
90207	ATENCION EN SALUD MENTAL					76830	ECOGRAF. TV	76645	ECOGRAF. MAMAS		
9038	ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO CREC. DE AÑO					78870	ECO. PROSTAT	78536	ECO. PART. BLANGOS		
90384	ATENCION INICIAL Y EXAUSTIVA PREVENTIVA PARA EL ADOLESC.					85618	HEMOGLOBINA				
90401	ATENCION PRENATAL					90782	INYECCIONES PROFILACTICAS TERAPEUTICAS INTRAMUSCULAR				
90409	ATENCION DE PARTO VAGINAL SOLAMENTE					90780	INFUSION INTRAVENOSA PARA DIAGNOSTICO O TERAPIA				
84677	ANTICUERPOS: HELICOBACTER PYLORI					84540	NITROG. UREICO	82565	CREATININA		
81005	ANALISIS DE ORINA CUALITATIVO O SEMICUANTITATIVO					88141	PAPANICOLAO	88141.01	INSP. VISUAL ACID		
87115	BACILOGRAFIA BK					80076	PERFIL DE LA FUNCION HEPATICA				
99252	CONSEJERIA NUTRICIONAL DE NIÑOS EN RIESGO					80061	PERFIL LIPIDICO				
90403.01	CONSEJERIA NUTRICIONAL ALIMENTACION SALUDABLE					82044	PROTEINURIA EN ORINA	84180	PROTEINURIA 2		
99402.04	CONSEJERIA Y PLANIFICACION FAMILIAR					81025	PRUEBA DE EMBARAZO EN ORINA: COMPARA VISUAL DE COLO				
90401.05	CONSEJERIA EN ATENCION TEMPRANA DEL DESARROLLO					86592	PRUEBA DE SIFILIS: CUALITATIVO (VDRL, RPR, ART)				
99402.05	CONSEJERIA EN PREVENCIÓN DE ITS, VIH, HEPATITIS B					99173	PRUEBA DE AGUDEZA VISUAL CUANTITATIVA BILATERAL				
99402.09	CONSEJERIA EN SALUD MENTAL					86140	PROTEINA C REACTIVA (PCR)				
99211	CONSULTA AMBUL. EVALUACION Y MANEJO USUARIO CONTINUO					90499.31	TELECONSULTA EN LINEA				
18554	CURACION DE HERIDA PRIMARIA					90620	TEST ESTRESANTE FETAL POR CONTACTACION (MONITOREO)				
86702	DETECCION DE ANTICUERPOS: HIV-2					86901	TIPIFICACION DE SANGRE, FACTOR RH				
82247	DOSAJE DE BILIRRUBINA, TOTAL					84450	TGO	84460	TGP		

FUA EN BLANCO

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NÚMERO DE FORMATO	
--------------------------	--

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	CODIGO DE AISPED	INTRAMURAL	AMBULATORIA	CÓD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE	N° HOJA DE REFERENCIA		
ITINERANTE		EXTRAMURAL	REFERENCIA					
AISPED			EMERGENCIA					

IDENTIFICACIÓN				CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS				ASEGURADO DE OTRA IAFA			
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS	NÚMERO	INSTITUCIÓN	COD. SEGURO						
APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO				OTROS NOMBRES			
PRIMER NOMBRE											
SEXO	FECHA	DÍA	MES	AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA			ETNIA		
MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1					
FEMENINO						DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2					
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO				DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3					
GESTANTE											
PUERPERA	FECHA DE FALLECIMIENTO										

DE LA ATENCIÓN												
FECHA DE ATENCIÓN			HORA	UPS	CÓD. PRESTA.	CÓD. PREST. ADICIONALES	HOSPITALIZACIÓN	FECHA	DÍA	MES	AÑO	
DIA	MES	AÑO						DE INGRESO				
								DE ALTA				
								DE CORTE ADMINISTRATIVO				
REPORTE VINCULADO		CÓD. AUTORIZACIÓN			N° FUA A VINCULAR							

CONCEPTO PRESTACIONAL				SEPELIO			
ATENCIÓN DIRECTA				NATIMUERTO	OBITO	OTRO	

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

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

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS						VACUNAS N° DE DOSIS						
PESO (Kg)	TALLA (cm)	P.A (mmHg)	IMC (Kg/m ²)	PAB (cm)		BCG	INFLUENZA	ANTIAMARILICA				
DE LA GESTANTE		DEL RECIEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO		ADULTO MAYOR		DPT	PAROTID	ANTINEUMOC
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)	EDAD GEST	APGAR 1°	APGAR 5°	CRED N°	R.N. PREMATURO	TAP/ EEDP o TEPsi	EVAL. INTEGRAL	VACAM	APO	RUBEOLA	ANTITETANICA
ALTURA UTERINA					BAJO PESO AL NACER	CONSEJERIA NUTRICIONAL	CONSEJERIA INTEGRAL	TAMIZAJE SALUD MENTAL	PAT. NOR.	ASA	ROTAVIRUS	COMPLETAS PARA LA EDAD SI NO
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Cordón (2 a 3 min)	ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER	CONSEJERIA INTEGRAL							SPR	DT ADULTO (N° DOSIS)	VPH
CONTROL PUERP (N°)	HB GLICOSILADA (mg/dL)	DOSAJE DE ALBUMINA EN ORINA (ug/mL)	DEPURACION DE CREATININA (mL/min)							SR	IPV	OTRA VACUNA
TAMIZAJE DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS				GRUPO DE RIESGO HVB		GRUPO DE RIESGO HVB: 1. TRABAJADOR DE SALUD 2. TRABAJO SEXUALES 3. HSH 4. PRIVADO LIBERTAD 5. FF. AA. 6. POLICIA NACIONAL 7. ESTUDIANTES DE SALUD 8. POLITRAFICANTES 9. OROSOS DEPENDIENTES						

DIAGNOSTICOS									
N°	DESCRIPCIÓN	INGRESO			EGRESO				
		TIPO DE DX	CIE - 10		TIPO DE DX	CIE - 10			
1		P	D	R			D	R	
2		P	D	R			D	R	
3		P	D	R			D	R	
4		P	D	R			D	R	
5		P	D	R			D	R	

N° DE DNI	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	N° DE COLEGIATURA
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	N° RNE
		EGRESADO

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

FIRMA
 ASEGURADO REPRESENTANTE

REPRESENTANTE DEL ASEGURADO:
 NOMBRES Y APELLIDOS _____

DNI o CE DEL REPRESENTANTE: _____

Huella Digital del Asegurado o del Representante

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

