



N° 183 -2008/SIS

RESOLUCION JEFATURAL

Lima, 30 SEP 2008

VISTOS: El Informe Técnico N° 1053-2008-SIS-GO de la Gerencia de Operaciones y el Informe N° 426-2008-SIS/OAJ de la Oficina de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 13° del Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2002-SA, establece que el Jefe del Seguro Integral de Salud, debe diseñarlo, rediseñarlo y mejorarlo continuamente los procesos del SIS;

Que, por Decreto Supremo N° 004-2007-SA, se establece el Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias y los Componentes Subsidiado y Semisubsidiado del Seguro Integral de Salud, de aplicación obligatoria para todos los establecimientos que reciban financiamiento del SIS;

Que, mediante Decreto Supremo N° 019-2008-SA, se autoriza al Seguro Integral de Salud a reembolsar las prestaciones de servicios de salud brindadas a sus afiliados por establecimientos de salud públicos y privados, por un periodo de noventa (90) días calendarios, previamente registrados de acuerdo a las condiciones, procedimientos y requisitos que serán establecidas a través de las respectivas Resoluciones Ministeriales;

Que, la Resolución Ministerial N° 610-2008/MINSA, aprueba la Directiva Administrativa N° 139-2008-MINSA/SIS V.01, la cual regula el reembolso de las prestaciones de servicios de salud, en el marco del Decreto Supremo N° 019-2008-SA y que en su artículo 3° establece que mediante Resolución Jefatural del Seguro Integral de Salud, se aprobarán las disposiciones adicionales que resulten necesarias para la aplicación de la Directiva Administrativa precitada;

Que, para la aplicación de la Directiva Administrativa antes mencionada y el correcto llenado del Formato Único de Atención a cargo de los establecimientos de salud públicos no MINSA y privados, resulta necesario aprobar el Instructivo del mismo, optimizando de esta manera el proceso de llenado, digitación y socialización del formato precitado;

De conformidad a lo dispuesto en el inciso i) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2002-SA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Instructivo N° 005-2008-SIS-J/GO, "Para el llenado del Formato Único de Atención SIS de la Directiva Administrativa N° 139-MINSA/SIS-V.01 Directiva Administrativa que regula el reembolso de las prestaciones de servicios de salud, en el marco del Decreto Supremo N° 019-2008-SA, que forma parte integrante de la presente Resolución.



C. Espinoza B.



W. Alva A.

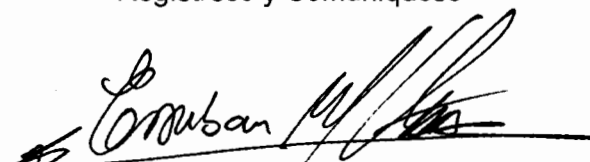


E. ESPINOZA A.

Artículo 2°.- Encargar a la Gerencia de Operaciones, implementar el Instructivo del Formato Único de Atención, aprobado en el artículo precedente.

Artículo 3°.- Encargar a la Secretaría General, en coordinación con la Oficina de Informática y Estadística, publicar la presente Resolución y el Instructivo aprobado, en el portal de la página web del SIS.

Regístrese y Comuníquese


ESTEBAN MARTÍN CHIOTTI KANESHIMA
Jefe del Seguro Integral de Salud (e)



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 139 MINSA/MINSA/SIS.V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA EL REEMBOLSO DE LAS PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD EN
EL MARCO DEL DECRETO SUPREMO N° 019-2008-SA



PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud

FORMATO UNICO DE ATENCION

NUMERO DE FORMATO

-	9	-
---	---	---

CODIGO E.S.	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE REALIZA LA ATENCIÓN

COMPONENTE	TIPO DE FORMATO	CODIGO AFILIACION / INSCRIPCIÓN	IDENTIFICACIÓN
SUBSIDIADO	INSCRIPCIÓN	DISA	TD
SEMI-SUBSIDIADO	AFILIACIÓN	NUMERO	N° DOCUMENTO
	NUEVO		
	ANTIGUO		

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
PRIMER NOMBRE	OTROS NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ATENCIÓN	N° DE HISTORIA CLÍNICA
DÍA MES AÑO	MASCULINO	AMBULATORIA	
	FEMENINO	EMERGENCIA	

FECHA DE ATENCIÓN	CODIGO DE PRESTACIÓN
DÍA MES AÑO	

FECHA DE EGRESO	DESTINO DEL ASEGURADO
DÍA MES AÑO	ALTA
	CITADO
	REFERIDO
	EMERGENCIA
	CONSULTA EXTERNA
	APOYO AL DIAGNÓSTICO
	CONTRARREFERIDO
	FALLECIDO

CODIGO DEL E.S.	E.S. AL QUE SE REFIERE/ CONTRARREFIERE

N°	DESCRIPCIÓN	DIAGNOSTICOS			DI INGRESO		DI EGRESO	
		TIPO	CIE - 10	CIE - 10	TIPO			
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° DNI	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	N° COLEGIATURA



E. ESPINOZA A.

Firma y Sello del Responsable de la Atención

Firma del afiliado o apoderado

DEL REGISTRO CORRELATIVO DE LA CARTA DE SERVICIO Y/O DEL REGISTRO DE LA ENTIDAD QUE PRESTÓ EL SERVICIO



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

MINISTERIO DE SALUD

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

INSTRUCTIVO N° 005-2008-SIS-JGO

Para el llenado del Formato Único de Atención SIS de la Directiva Administrativa N° 139-MINSA/SIS-V.01 "Directiva Administrativa que regula el reembolso de las prestaciones de servicios de salud, en el marco del Decreto Supremo N° 019-2008-SA"



Lima, Setiembre 2008



E. ESPINOZA A.

INSTRUCTIVO N° 005 -2008-SIS-JGO

Para el llenado del Formato Único de Atención SIS de la Directiva Administrativa N° 139-MINSA/SIS-V.01 "Directiva Administrativa que regula el reembolso de las prestaciones de servicios de salud, en el marco del Decreto Supremo N° 019-2008-SA"

I. PAUTAS PARA EL CORRECTO LLENADO DEL FORMATO:

- Escribir de izquierda a derecha con letra de imprenta, mayúsculas y en forma clara.
- Utilizar un sólo color de tinta y no hacer borrones ni correcciones, de lo contrario el formato será invalidado.

II. PROCEDIMIENTO PARA EL LLENADO DEL FORMATO:

1. NÚMERO DE FORMATO

- Es el número que identificará la atención brindada por el establecimiento de salud (E.S.) y debe estar pre-impresso en el formato antes de su distribución.
- Los tres primeros dígitos identifican a la DIRESA/DISA (código numérico). El siguiente dígito corresponden al Lote, de los formatos impresos por motivo de la contingencia. El siguiente recuadro constará de ocho dígitos, para lo cual la DISA/DIRESA asignará un rango de números correlativos para atender la demanda de los E.S., en coordinación con el SIS y no debe duplicarse.
- Ejemplo: El formato de atención corresponde a la atención N° 12 de la DISA CHANKA-ANDAHUAYLAS. El formato ha sido impreso por la DISA/DIRESA de la siguiente manera:

NUMERO DE FORMATO				
090	-	9	-	00000012

2. DEL ESTABLECIMIENTO QUE REALIZA LA ATENCIÓN:

Se registra el código del Establecimiento público no MINSA o Privado asignado por la DIRESA/DISA y el nombre del mismo.

Ej. Clínica Virgen de Fátima con código: 010205A201.

CODIGO E.S.	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE REALIZA LA ATENCIÓN
010205A201	CLÍNICA VIRGEN DE FATIMA

3. COMPONENTE:

Marcar con un aspa ("x") según el asegurado pertenezca al Componente Subsidiado o Semisubsidiado. Ejemplo:

COMPONENTE	
SUBSIDIADO	X
SEMISUBSIDIADO	

COMPONENTE	
SUBSIDIADO	
SEMISUBSIDIADO	X

4. TIPO DE FORMA

En el recuadro TIPO DE FORMATO, marcar con un aspa sobre la condición del paciente, según sea la de INSCRITO o de AFILIADO. En el caso de que el paciente sea un AFILIADO se marcará un aspa según sea Asegurado con el código del nuevo o antiguo Formato de Afiliación. Ejemplo:

TIPO DE FORMATO		
INSCRIPCIÓN		X
AFILIACIÓN	NUEVO	
	ANTIGUO	

En caso que el Formato Único de Atención SIS registre una Atención de un Afiliado con el código del antiguo Formato de Afiliación/Inscripción, se procederá a registrar de la siguiente manera:



TIPO DE FORMATO		
INSCRIPCIÓN		
AFILIACIÓN	NUEVO	
	ANTIGUO	X

CÓDIGO AFILIACIÓN / INSCRIPCIÓN		
DISA	NÚMERO	
LM2	07	00001258

En caso que el Formato Único de Atención SIS registre la Atención de un Afiliado con el código del nuevo Formato de Afiliación/Inscripción se procederá a registrar de la siguiente manera: Ejemplo: El Asegurado con código N° 1243, que pertenece al componente subsidiado de la DIRESA TUMBES:

CÓDIGO AFILIACIÓN / INSCRIPCIÓN		
DISA	NÚMERO	
330	6	00001243

Cabe señalar que, de acuerdo al Instructivo del Formato de Afiliación, el Código de Afiliación/Inscripción esta compuesto de tres campos; el primero se registrará el código correspondiente a la DIRESA/DISA; en el campo siguiente se registrará según corresponda: 0= semisubsubsidado, 5= inscripción, 6= subsidiado; en el tercer campo se registrarán los ocho dígitos que corresponden al número correlativo preimpreso del formato de afiliación, que en el caso del componente subsidiado lo otorga la DIRESA/DISA y en el caso del semisubsubsidado lo otorga la Gerencia de Mercadeo.

5. IDENTIFICACIÓN:

Indicar el tipo de identificación del asegurado/inscrito, según corresponda: 1= cuenta con Documento Nacional de Identidad (DNI), 2= no cuenta con documento, 3= cuenta con Carné de Extranjería, 4=Código Único de Identificación (CUI). En el campo contiguo, registrar el número del documento según corresponda. Ejemplo:

IDENTIFICACIÓN	
TD	N° DOCUMENTO
1	10324509

6. APELLIDOS Y NOMBRES:

Consignar los apellidos y nombres del paciente. Ejemplo:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
QUISPE	SANGAMA
PRIMER NOMBRE	OTROS NOMBRES
CARLOS	JOSÉ

7. REALIZAR EL LLENADO DE LOS SIGUIENTES DATOS DEL PACIENTE SEGUN CORRESPONDA. El llenado de la fecha de egreso es obligatorio para todos los tipos de prestación (servicio). Ejemplo:

FECHA DE NACIMIENTO			SEXO		ATENCIÓN		N° DE HISTORIA CLÍNICA
DÍA	MES	AÑO	MASCULINO	X	AMBULATORIA	X	15446778
1	10	1978	FEMENINO		EMERGENCIA		

FECHA DE ATENCION		
DÍA	MES	AÑO
18	9	2 0 0 8
FECHA DE EGRESO		
DÍA	MES	AÑO
22	9	2 0 0 8

8. CODIGO Y TIPO DE PRESTACION

Registrar el código de prestación según corresponda el tipo de prestación (servicio); Sólo se registrará UNA prestación por formato de atención. Ejemplo:

CODIGO DE PRESTACIÓN	
457	ATENCION DE EMERGENCIA



E. ESPINOZA A.

9. DESTINO DEL ASEGURADO

Ej.: Un C.S. El Porvenir refiere un niño a un Hospital Dos de Mayo por un cuadro de Abdomen agudo.

DESTINO DEL ASEGURADO							
ALTA	CITADO	REFERIDO				CONTRARREFERIDO	FALLECIDO
		EMERGENCIA	X CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO			

CODIGO DEL E.S.	E.S. AL QUE SE REFIERE/ CONTRARREFIERE
	HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

10. DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

CIE 10: Registre aquí el código correspondiente a cada diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Versión (CIE – 10).

DESCRIPCIÓN: Registrar la(s) patología(s) que se atiende o la actividad preventiva promocional que se realiza. En el 1er Diagnóstico se registra el más relevante según criterio médico, que más recursos demande o el motivo de consulta. Con el enfoque de atención integral indagar si hubiere evidencias 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.

TIPO Dx: Marcar con una equis (X) sobre la letra P o D o R, si el diagnóstico realizado es presuntivo (P) o definitivo (D) o repetido (R) respectivamente.

Ej.: Se diagnostica Abdomen agudo, probable Apendicitis Aguda; se solicita exámen de orina, hemograma, Hb y Hto.

11. DIAGNÓSTICO DE EGRESO:

Es obligatorio registrar los Dx Definitivos o Confirmados en los casos de pacientes hospitalizados.

CIE-10: Registre aquí el código correspondiente a cada diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su Décima Versión (CIE – 10).

TIPO Dx: Marcar con equis (X) sobre la letra D o R para el diagnóstico definitivo (D) o repetido (R).

Ejemplo: Al alta del paciente, los diagnósticos finales se registraron de la siguiente manera:

	DIAGNÓSTICOS		Dx INGRESO		Dx EGRESO	
			TIPO Dx	CIE - 10	CIE - 10	TIPO
1	Apendicitis Aguda	X	D R	K35.9	.	D R
2	Anemia por deficiencia de hierro	X	D R	D50.9	.	D R
3	Pancreatitis aguda	X	D R	K85	.	D R
4	Diverticulitis aguda	P	D R	.	K57.0	D R
5	Absceso renal	P	D R	.	N15.1	D R

12. FIRMAS, SELLOS Y HUELLA DIGITAL:

Firma y Sello del Responsable de la Atención: Al finalizar la atención se registrará la firma y el sello personal con el logo o nombre del establecimiento.

Firma y Huella Digital del Afiliado o Apoderado: El responsable de la atención solicitará que el afiliado o su apoderado firme y coloque su huella digital.

13. TERAPÉUTICA, INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNÓSTICO:

En el reverso del Formato Único de Atención se consignan los Medicamentos, Insumos Complementarios, Procedimientos, Diagnóstico por Imágenes y Laboratorio empleados en la atención de los asegurados.

