

|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------|--|---------------------|--|-----------------------|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  <b>PERÚ</b>                                                                                                                        |  | <b>Ministerio de Salud</b>               |  | <b>Seguro Integral de Salud</b>                                    |  | <b>ANEXO 1</b>                                                  |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA</b>                                                                                                                                                                              |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td colspan="18">NÚMERO DE FORMATO</td> </tr> <tr> <td colspan="18"></td> </tr> </table>                                                                                                    |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  | NÚMERO DE FORMATO     |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NÚMERO DE FORMATO                                                                                                                                                                                                   |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD</b>                                                                                                                                                           |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS</b>                                                                                                                                                                                |  |                                          |  |                                                                    |  | <b>NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN</b>              |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>PERSONAL QUE ATIENDE</b>                                                                                                                                                                                         |  |                                          |  |                                                                    |  | <b>LUGAR DE ATENCIÓN</b>                                        |  | <b>ATENCIÓN</b>                     |  | <b>REFERENCIA REALIZADA POR</b>            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DE LA IPRESS                                                                                                                                                                                                        |  |                                          |  | CÓDIGO DE AISPED                                                   |  | INTRAMURAL                                                      |  |                                     |  | AMBULATORIA                                |  |                                                                                                                                                                                               |  | CÓD. RENIPRESS                     |  | NOMBRE DE LA IPRESS |  | N° HOJA DE REFERENCIA |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ITINERANTE                                                                                                                                                                                                          |  |                                          |  |                                                                    |  | EXTRAMURAL                                                      |  |                                     |  | REFERENCIA                                 |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AISPED                                                                                                                                                                                                              |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  | EMERGENCIA                                 |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>DEL ASEGURADO</b>                                                                                                                                                                                                |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>IDENTIFICACIÓN</b>                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  | <b>CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS</b>                                    |  |                                                                 |  | <b>ASEGURADO DE OTRA IAFAS</b>      |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TDI                                                                                                                                                                                                                 |  | N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD                |  | DIRESA / OTROS                                                     |  | NÚMERO                                                          |  | INSTITUCIÓN                         |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  | CÓD. SEGURO                         |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>APELLIDO PATERNO</b>                                                                                                                                                                                             |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  | <b>APELLIDO MATERNO</b>             |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>PRIMER NOMBRE</b>                                                                                                                                                                                                |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  | <b>OTROS NOMBRES</b>                |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>SEXO</b>                                                                                                                                                                                                         |  | <b>FECHA</b>                             |  | <b>DÍA</b>                                                         |  | <b>MES</b>                                                      |  | <b>AÑO</b>                          |  | <b>N° DE HISTORIA CLÍNICA</b>              |  |                                                                                                                                                                                               |  | <b>ETNIA</b>                       |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MASCULINO                                                                                                                                                                                                           |  | FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FEMENINO                                                                                                                                                                                                            |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>SALUD MATERNA</b>                                                                                                                                                                                                |  | <b>FECHA DE NACIMIENTO</b>               |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  | DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GESTANTE                                                                                                                                                                                                            |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  | DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PUERPERA                                                                                                                                                                                                            |  | <b>FECHA DE FALLECIMIENTO</b>            |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  | DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>DE LA ATENCIÓN</b>                                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>FECHA DE ATENCIÓN</b>                                                                                                                                                                                            |  |                                          |  | <b>HORA</b>                                                        |  | <b>UPS</b>                                                      |  | <b>CÓD. PRESTA.</b>                 |  | <b>CÓD. PRESTACION (ES) ADICIONAL (ES)</b> |  | <b>HOSPITALIZACIÓN</b>                                                                                                                                                                        |  | <b>FECHA</b>                       |  | <b>DÍA</b>          |  | <b>MES</b>            |  | <b>AÑO</b> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DÍA                                                                                                                                                                                                                 |  | MES                                      |  | AÑO                                                                |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  | DE INGRESO                         |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  | DE ALTA                            |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  | DE CORTE ADMINISTRATIVO            |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>REPORTE VINCULADO</b>                                                                                                                                                                                            |  |                                          |  | <b>CÓD. AUTORIZACIÓN</b>                                           |  |                                                                 |  | <b>N° FUA A VINCULAR</b>            |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>CONCEPTO PRESTACIONAL</b>                                                                                                                                                                                        |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ATENCIÓN DIRECTA</b>                                                                                                                                                                                             |  |                                          |  |                                                                    |  | <b>SEPELIO</b>                                                  |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  |                                                                    |  | NATIMUERTO                                                      |  |                                     |  | OBITO                                      |  |                                                                                                                                                                                               |  | OTRO                               |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO</b>                                                                                                                                                                            |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ALTA                                                                                                                                                                                                                |  | CITA                                     |  | HOSPITALIZACIÓN                                                    |  | REFERIDO                                                        |  | EMERGENCIA                          |  | CONSULTA EXTERNA                           |  | APOYO AL DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                          |  | CONTRA REFERIDO                    |  | FALLECIDO           |  | CORTE ADMINIS.        |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:</b>                                                                                                                                                                               |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS</b>                                                                                                                                                                                |  |                                          |  |                                                                    |  | <b>NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE</b> |  |                                     |  |                                            |  | <b>N° HOJA DE REFER / CONTRARR.</b>                                                                                                                                                           |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS</b>                                                                                                                                                                              |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESO (Kg)                                                                                                                                                                                                           |  | TALLA (cm)                               |  | P.A. (mmHg)                                                        |  | IMC (Kg/m2)                                                     |  | P.A.B (cm)                          |  | <b>VACUNAS N° DE DOSIS</b>                 |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DE LA GESTANTE                                                                                                                                                                                                      |  | DEL RECIEN NACIDO                        |  | GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR |  |                                                                 |  | JOVEN Y ADULTO                      |  | BCG                                        |  | INFLUENZA                                                                                                                                                                                     |  | ANTIAMARILICA                      |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CPN (N°)                                                                                                                                                                                                            |  | EDAD GEST RN (SEM)                       |  | CRED N°                                                            |  |                                                                 |  | EVALUACIÓN INTEGRAL                 |  | DPT                                        |  | PAROTID                                                                                                                                                                                       |  | ANTINEUMOC                         |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| EDAD GEST                                                                                                                                                                                                           |  | APGAR 1* 5*                              |  | R.N. PREMATURO                                                     |  |                                                                 |  | TAP/ EEDP o TEPPI                   |  | APO                                        |  | RUBEOLA                                                                                                                                                                                       |  | ANTITETANICA                       |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ALTURA UTERINA                                                                                                                                                                                                      |  |                                          |  | BAJO PESO AL NACER                                                 |  |                                                                 |  | CONSEJERIA NUTRICIONAL              |  | ASA                                        |  | ROTAVIRUS                                                                                                                                                                                     |  | COMPLETAS PARA LA EDAD (410) SI NO |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PARTO VERTICAL                                                                                                                                                                                                      |  | Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)       |  | ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER                                |  |                                                                 |  | CONSEJERIA INTEGRAL                 |  | SPR                                        |  | DT ADULTO (N° DOSIS)                                                                                                                                                                          |  | VPH                                |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CONTROL PUERP (N°)                                                                                                                                                                                                  |  |                                          |  | TAMIZAJE DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS                                    |  |                                                                 |  | VACAM                               |  | SR                                         |  | IPV                                                                                                                                                                                           |  | OTRA VACUNA                        |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  | HB GLICOSILADA (mg/dL)                                             |  |                                                                 |  | DOSAJE DE ALBUMINA EN ORINA (ug/mL) |  | HVB                                        |  | PENTAVAL                                                                                                                                                                                      |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  | DEPURACION DE CREATININA (mL/min)                                  |  |                                                                 |  | PAT. NOR.                           |  | 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 |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>DIAGNÓSTICOS</b>                                                                                                                                                                                                 |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N°                                                                                                                                                                                                                  |  | DESCRIPCIÓN                              |  |                                                                    |  |                                                                 |  | INGRESO                             |  |                                            |  | EGRESO                                                                                                                                                                                        |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  | TIPO DE DX                          |  |                                            |  | CIE - 10                                                                                                                                                                                      |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  | CIE - 10                            |  |                                            |  | TIPO DE DX                                                                                                                                                                                    |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  | CIE - 10                            |  |                                            |  | 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                                                                                                                                                                                           |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>N° DE DNI</b>                                                                                                                                                                                                    |  |                                          |  |                                                                    |  | <b>NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN</b>                    |  |                                     |  |                                            |  | <b>N° DE COLEGIATURA</b>                                                                                                                                                                      |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN</b>                                                                                                                                                                                   |  |                                          |  |                                                                    |  | <b>ESPECIALIDAD</b>                                             |  |                                     |  |                                            |  | <b>N° RNE</b>                                                                                                                                                                                 |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                     |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  | <b>EGRESADO</b>                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. MEDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIOLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNOLOGO MEDICO 10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>FIRMA</b>                                                                                                                                                                                                        |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ASEGURADO</b>                                                                                                                                                                                                    |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>REPRESENTANTE</b>                                                                                                                                                                                                |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>REPRESENTANTE DEL ASEGURADO:</b>                                                                                                                                                                                 |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>                                                                                                                                                                                          |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION</b>                                                                                                                                                                 |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>DNI o CE DEL REPRESENTANTE:</b>                                                                                                                                                                                  |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Huella Digital del Asegurado o del Representante</b>                                                                                                                                                             |  |                                          |  |                                                                    |  |                                                                 |  |                                     |  |                                            |  |                                                                                                                                                                                               |  |                                    |  |                     |  |                       |  |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| FORMATO DE ATENCIÓN N° |  |  |
|------------------------|--|--|
|                        |  |  |

**FIRMA**  
**ASEGURADO**  
**REPRESENTANTE**

DNI o CE DEL REPRESENTANTE

Huella Digital del  
Asegurado o Representante