



PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud

ANEXO 2

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NÚMERO DE FORMATO			N° FUA PRESTACIÓN DE SALUD A VINCULAR		

DE LA IPRESS DE ORIGEN	
CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS	NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN

DEL ASEGURADO / USUARIO			
IDENTIFICACIÓN		CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS	
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS	NÚMERO

ASEGURADO DE OTRA IAFAS	
INSTITUCIÓN	
COD. SEGURO	

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	

PRIMER NOMBRE		OTROS NOMBRES	

SEXO		FECHA		DÍA		MES		AÑO		N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA	
MASCULINO		FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO											
FEMENINO		FECHA DE NACIMIENTO											
		FECHA DE FALLECIMIENTO											

DE LA ATENCIÓN EN LA IPRESS DE ORIGEN														
FECHA DE ATENCIÓN			HORA		UPS	COD. PRESTA.	HOSPITALIZACIÓN		FECHA		DÍA	MES	AÑO	
DÍA	MES	AÑO							DE INGRESO					
									DE ALTA					

DE LA PRESTACIÓN ADMINISTRATIVA												
FECHA				HORA		DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA MATERNA			CÓDIGO CASA MATERNA		NOMBRE CASA MATERNA	
INICIO	DÍA	MES	AÑO			MOTIVO DE INGRESO A LA CASA MATERNA	RESIDE EN UNA LOCALIDAD DISTANTE					
FIN							CARECE DE ASISTENCIA DOMICILIARIA					
							PRESENTA COMPLICACIONES					
							OTRO					

DEL DESTINO DEL ASEGURADO				DEL TRASLADO DE EMERGENCIA			
REFERIDO	EMERGENCIA		CONTRA REFERIDO	CÓDIGO RENIPRESS	NOMBRE DE LA IPRESS DE DESTINO		NRO HOJA DE REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA
	APOYO AL DIAGNÓSTICO		CURADO MEJORADO FALLECIDO				

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	

DE LA RENDICION DE GASTOS																			
TRANSPORTE						VIÁTICOS					OTROS GASTOS								
COD. TIPO TRANSPORTE	COD. TRANSPORTE	DETALLE DE TRANSPORTE	NRO PASAJEROS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL	COD. TIPO GASTO VIÁTICO	COD. GASTO	DETALLE DE VIÁTICOS	N° DÍAS	NRO COMISIONADOS	TOTAL	COD. TIPO OTROS GASTOS	COD. OTROS GASTOS	DETALLE DE OTROS GASTOS	CANTIDAD	N° DIAS (ALJ)	PRECIO UNITARIO	TOTAL

COD. TIPO TRANSPORTE 1. AEREO 2. TERRESTRE 3. FLUVIAL 4. MARÍTIMO 5. LACUSTRE

COD. GASTO VIÁTICO 1. HOSPEDAJE 2. ALIMENTACIÓN 3. MOVILIDAD LOCAL

COD. OTROS GASTOS 1. COMBUSTIBLE 2. PEAJE 3. TUAJA 4. ALIMENTACION TRASLADOS 5. ALIMENTACION CASA MATERNAS

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE SEGUROS O LA QUE HAGA SUS VECES