

MINISTERIO DE SALUD

SEGURO INTEGRAL DE SALUD



INSTRUCTIVO N° 004 -2008-SIS-J/GO

PARA EL LLENADO DEL FORMATO UNICO DE ATENCIÓN SIS
PARA TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
(CATEGORÍAS I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1 Y III-2)

Lima, Junio 2008



INSTRUCTIVO N° 004 -2008-SIS-J/GO

PARA EL LLENADO DEL FORMATO UNICO DE ATENCIÓN SIS PARA TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

(Categorías I-1, I-2, I-3, I-4, II-1, II-2, III-1 y III-2)

A. FINALIDAD

Mejorar los conocimientos de los prestadores de salud respecto al registro adecuado y correcto de las atenciones realizadas a los asegurados en el Formato Único de Atención y de este modo las prestaciones se informen según la normatividad vigente y ser reconocidas para de pago.

B. OBJETIVOS

- Orientar en el correcto llenado de los distintos campos del Formato Único de Atención.
- Permitir el registro de todo tipo de atenciones realizadas, a fin de facilitar el control prestacional.
- Establecer la casuística para el adecuado registro de las principales intervenciones de salud por niveles de atención.

C. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente instructivo es de aplicación en las entidades que comprende:

- a) Establecimientos prestadores de servicios de salud a los asegurados del SIS.
- b) DISAs, DIREAS y Unidades Ejecutoras del MINSA.
- c) Seguro Integral de Salud (SIS) y sus Instancias Desconcentradas.

D. METODOLOGÍA DE APLICACIÓN

1. Los datos de afiliación a consignarse deberán ser los mismos que se registraron en la Ficha de Afiliación, Declaratoria de Beneficiarios y Declaración Jurada y/o Contrato de Aseguramiento en Salud del Componente Semisub subsidiado. Estos datos son llenados en la Oficina de Admisión u Oficina de Seguros o según lo disponga el establecimiento de salud.
2. Los datos de la atención y prescripción (procedimientos, medicamentos, insumos, apoyo al diagnóstico) serán registrados y firmados por el profesional de la salud que brindó la atención.
3. Los datos de medicamentos e insumos entregados deben ser registrados y firmados por el responsable de Farmacia; los datos de apoyo al diagnóstico realizados serán registrados y firmados por el responsable de Laboratorio u otro personal autorizado. En ambos lados deberá registrarse la conformidad del asegurado. El llenado de la cantidad prescrita de medicamentos, insumos y procedimientos médico quirúrgicos es obligatorio.
4. En caso de las prestaciones reportadas por los Hospitales e Institutos, se llenarán sólo los campos del Formato Único de Atención correspondientes a su nivel de



complejidad; no ocasionando perjuicio alguno, en caso de no llenarse aquellos que no corresponda.

E. PAUTAS PARA EL CORRECTO LLENADO DEL FORMATO

1. Se registra sólo UNA (01) prestación por formato, salvo indicación expresa en contrario.
2. El Formato Único de Atención tendrá registrado el código preimpreso, y está bajo el control de la DISA o DIRESA.
3. En los espacios para llenar, escribir con letra de imprenta y mayúscula.
4. En los recuadros con alternativas, colocar una "X" o el "número" que corresponda.
5. En lo posible utilizar un solo color de tinta, pero no debe tener borrones ni correcciones.
6. Los datos registrados serán claros y legibles.
7. Registrar la firma y sello del responsable de la atención
8. Registrar la firma, sello y huella digital del asegurado como señal de conformidad.
9. El formato será por duplicado: el original se enviará al Punto de Digitación y la copia se incluirá en la historia clínica del usuario, hecho que se verificará en todas las intervenciones de control que el SIS realice.
10. Los Puntos de Digitación entregarán la data electrónica con la Producción Mensual de la prestación y el equipo de la ODSIS evaluará los mismos para dar su conformidad.
11. Todo formato con error en el registro por omisión de algún dato, ilegible, con borrones o enmendaduras no será reconocido para efecto de pago de la prestación.

F. PROCEDIMIENTO PARA EL LLENADO DEL FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN SIS

1. CÓDIGO DE ATENCIÓN:

Es el número que identificará la atención brindada por el establecimiento de salud (E.S.) y debe estar pre-impreso en el formato antes de su distribución.

Los tres primeros dígitos identifican a la DIRESA/DISA (código numérico). Los siguientes dos dígitos corresponden al Lote, que son los dígitos finales del año de impresión de los formatos. Ej. Si es impreso el año 2008, corresponde los dígitos 08. 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 el año 2008.

NÚMERO DE FORMATO				
090	-	08	-	00000012



2. DEL ESTABLECIMIENTO O EQUIPO DE AISPED QUE REALIZA LA ATENCIÓN:

Se registra el código y nombre que el MINSA le ha asignado al E.S. o el Equipo de AISPED

Ej. Centro de Salud IMAZA con código: 010205A201.

CODIGO E.S. EQUIPO AISPED	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O EQUIPO AISPED QUE REALIZA LA ATENCIÓN
010205A201	CENTRO DE SALUD IMAZA

3. TIPO DE PRESTACIÓN:

La solicitud de reconsideración se realiza en caso que el Formato de Atención sea rechazado, para lo cual el prestador debe llenar un nuevo Formato de Atención para reconsiderar la aprobación del pago por esa prestación. Para ello, debe marcar con un aspa (X) el campo "Reconsideración" e indicar el N° de Formato de Atención que fue rechazado.

Ej. Se pide la reconsideración de una prestación de salud, cuyo Formato de Atención es número 090-08-00000005.

RECONSIDERACIÓN (*)	X
N° FORMATO ATENCIÓN PARA RECONSIDERACIÓN	
090-08-00000005	

(*) Llenar con aspa (X) en caso de reconsideración de atención

4. COMPONENTE:

Si pertenece a algunos de los Componentes Subsidiado o Semisubsidiado, colocar una "x" donde corresponda. En caso de Convenios, se marcara como semisubsidiado.

COMPONENTE	
SUBSIDIADO	X
SEMISUBSIDIADO	

COMPONENTE	
SUBSIDIADO	
SEMISUBSIDIADO	X

5. TIPO DE FORMATO DE AFILIACIÓN

Este campo permite diferenciar si el Código de Afiliación/Inscripción que va ser ingresado en el siguiente campo corresponde con la nueva estructura de afiliación que está implementando el SIS (nueva) o corresponde a la estructura antigua.

Cabe mencionar que la codificación del Formato Antiguo de Afiliación tiene como estructura: Código de la DIRESA/DISA alfanumérico (Ej. LM1), los siguientes dos dígitos corresponden al número de lote (Ej. 07) y los siguientes ocho dígitos corresponden al correlativo otorgado por la DIRESA/DISA. En cambio, en el Formato Nuevo de Afiliación los tres primeros códigos correspondientes a la DIRESA/DISA son numéricos, el número de lote es reemplazado por una codificación de un dígito y los siguientes ocho dígitos corresponde al correlativo establecido por la DIRESA/DISA.

La presencia de este campo en el Formato de Atención tiene por finalidad adecuar la codificación de la afiliación de los asegurados durante el proceso de implementación de los nuevos formatos.

Ej. En caso que el Formato de Atención registre una Atención de un Asegurado con el código antiguo de Afiliación se procederá a llenar de la siguiente manera:



TIPO FORMATO AFILIACION		
NUEVO		
ANTIGUO	INSCR	
	AFIL	X

CODIGO AFILIACION / INSCRIPCION		
DISA	NUMERO	
LM2	07	00001258

6. CÓDIGO DE AFILIACIÓN/ INSCRIPCIÓN (NUEVO FORMATO AFILIACIÓN):

Es el número que identifica a los asegurados del componente subsidiado y semisub subsidiado durante el proceso de atención médica brindada por el Establecimiento de Salud. Deberá colocarse el código de afiliación tal y como consta en la Formato de Afiliación del asegurado.

Cabe señalar que, de acuerdo al Instructivo del Formato de Afiliación, los primeros tres dígitos corresponden al código de la DIRESA/DISA, el dígito siguiente corresponde al código del componente (0= semisub subsidiado; 5= inscripción; 6= subsidiado) y los ocho dígitos últimos corresponden al número correlativo preimpreso, que en el caso del componente subsidiado lo otorga la DIRESA/DISA y en el caso del semisub subsidiado lo otorga la Gerencia de Mercadeo.

Ejemplo: El Asegurado con código N° 1243, que pertenece al componente subsidiado de la DIRESA TUMBES.

CODIGO AFILIACION / INSCRIPCION		
DISA		NUMERO
330	6	00001243

7. IDENTIFICACIÓN:

El cual indica la identificación del asegurado. Corresponde: 1= cuenta con Documento Nacional de Identidad (DNI), 2= no cuenta con documentos, 3= cuenta con Carnet de Extranjería, 4=Código Único de Identificación (CUI).

IDENTIFICACION	
TD	N° DOCUMENTO
1	10324589

8. CÓDIGO DE AFILIACIÓN DE SEGURO:

En el caso de existir Convenio del Ministerio de Salud con otras instituciones públicas o privadas: 1= EsSalud, 2= Sanidad de las FFAA, 3= Sanidad de las FFPP, etc.

En el recuadro inferior se indica el código de afiliado a su seguro de salud correspondiente.

Ej. Acude el Sr. Roberto Infantes Soto con su autogenerated N° 6701184IPSHR006 de ESSALUD.

CÓDIGO DE AFILIACIÓN DE SEGURO (*)	
INSTITUCIÓN	1
CÓD. SEGURO	6701184IPSHR006

(*) En caso de convenios con otras instituciones



9. APELLIDOS Y NOMBRES:

Se registra en los respectivos espacios: el apellido paterno, el materno y los nombres del Asegurado. En el caso de apellidos compuestos se registrarán en la fila correspondiente, separando con un espacio en blanco los apellidos.

En caso que el asegurado cuente con un solo apellido, ya sea paterno o materno, se procederá a llenar el dato en la casilla correspondiente y en la casilla libre se llenará con las iniciales NTA con letras mayúsculas (No Tiene Apellido).

Si el asegurado tuviera más de 2 nombres, en la casilla "Primer Nombre", se colocará, valga la redundancia, el primer nombre del asegurado y en la casilla "Otros Nombres" se registrarán los nombres restantes.

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

10. FECHA DE NACIMIENTO Y SEXO:

Registrar la fecha de nacimiento en los espacios correspondientes y con dos dígitos, según corresponda: el día (del 01 al 31), el mes (01 al 12) y los cuatro dígitos correspondientes al año en que nació.

En lo que respecta al sexo, se marcará con un aspa el género al que pertenece el asegurado.

Ej. : Asegurada mujer que nació el siete de junio de 1997, corresponde:

FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	
DIA	MES	AÑO	MASCULINO	
07	06	1997		X
			FEMENINO	

11. ATENCIÓN:

Corresponde a tipos de atención mediante el cual el asegurado entra en contacto con el establecimiento de salud para ser atendido.

- 1. Ambulatoria:** Es la atención de consulta externa o extramural brindada por el E.S. que afilió al asegurado.
- 2. Referido:** Es la atención de asegurados referidos por un E.S. de menor capacidad resolutive para una atención ambulatoria (Ej. interconsultas a especialistas), por apoyo al diagnóstico o por emergencia. Todas las prestaciones posteriores que se brinde al paciente (o al recién nacido de madre referida) que ingresa por referencia serán también de tipo "referencia".
- 3. Emergencia:** Atención de daños que pone en riesgo la vida y/o puedan producir lesiones permanentes. Corresponde a las atenciones de emergencia que son atendidas por el E.S. sin una referencia previa.

En caso de pacientes que requieren ser hospitalizados en el establecimiento de salud, la modalidad de ingreso puede ser en forma Ambulatoria (cuando ingresa por consulta



externa directamente a hospitalización), por Referencia (generalmente ingresa por emergencia referido de otro E.S.) o puede ingresar directamente por Emergencia (en caso que la atención por emergencia no haya sido generada por una referencia de otro E.S.).

Ejemplo:

a) Consulta Externa por IRA de niña de 10 años en C.S. que lo afilió.

ATENCIÓN	
AMBULATORIA	X
REFERENCIA	
EMERGENCIA	

b) Gestante referida para Consulta Médica Especializada en Hospital II.

ATENCIÓN	
AMBULATORIA	
REFERENCIA	X
EMERGENCIA	

c) Madre que acude directamente por Emergencia al C.S. por presentar cuadro de deshidratación aguda.

ATENCIÓN	
AMBULATORIA	
REFERENCIA	
EMERGENCIA	X

En el caso de las Inscripciones que realizan los Hospitales, no se marcará ninguna de las alternativas incluidas en este ítem.

12. GESTANTE O PUÉRPERA

Se registrará si la paciente, marcando con un aspa (X), si está actualmente (en la fecha de la atención) gestando o está en el periodo de puerperio.

GESTANTE	
PUÉRPERA	

13. NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:

Se registrará aquí el número que el establecimiento asigne a la historia clínica del paciente.

Ej.: Afiliado con historia clínica N° 23528:

N° HISTORIA CLÍNICA
23528

14. CONCEPTO PRESTACIONAL:

Comprende a las Prestaciones asistenciales.

- **Atención Directa:** Son todas las Prestaciones regulares que el aplicativo informático del SIS lo considera “por omisión”, de no corresponder o no marcar ninguna de las opciones restantes.

En este concepto están incluidas las **Atenciones LPIS menor igual a 5.0 UIT** y las **Atenciones NO LPIS menor igual a 2.5 UIT** (en todos los grupos: niños, adolescentes, gestantes, adultos focalizados y adultos no focalizados)

- **Enfermedad de Alto Costo (NO LPIS):** cuando corresponde a Atenciones **NO LPIS en niños, adolescentes, gestantes y adultos focalizados**, que requieran autorización para brindar atenciones de salud mayores de 2.5 UIT hasta un monto de 5.0 UIT.

En el recuadro N° de Autorización, el prestador deberá colocar el número de autorización otorgado por la Plataforma de Soporte del SIS y monto solicitado para reembolso por la atención.

- **Caso Especial:** Corresponde a las atenciones de salud: **LPIS mayor de 5.0 UIT, NO LPIS mayor de 5.0 UIT para niños, adolescentes, gestantes y adultos focalizados, Atenciones NO LPIS mayores de 2.5 UIT para adultos no focalizados** y otras atenciones de salud no cubiertas por el SIS.

En el recuadro N° de Autorización, el prestador deberá colocar el número de autorización otorgado por la Plataforma de Soporte del SIS y monto solicitado para reembolso por la atención.

- **Sepelio:** Se llenará un Formato de Atención de manera exclusiva, cuando se tratara de un asegurado con el beneficio de sepelio, el cual contendrá los datos de filiación, detalles de la atención así como el diagnóstico de fallecimiento debidamente codificado. Corresponde como código de prestación para el sepelio el número 470.
- **Traslado:** Se llenará un Formato de Atención de manera exclusiva cuando se tratara de un asegurado con el beneficio de traslado, el cual contendrá los datos de filiación, detalles de la atención así como el diagnóstico de fallecimiento debidamente codificado. Corresponde como códigos de prestación para el traslado: traslado de emergencia periurbano (465), traslado de emergencia rural costa (466), traslado de emergencia rural sierra selva (467) y traslado urbano (473).

Ej. Para una prestación regular que no requiere autorización, se marca de la siguiente manera:

CONCEPTO PRESTACIONAL			
ATENCIÓN DIRECTA	X	Nº DE AUTORIZACIÓN	MONTO
ENFERMEDAD ALTO COSTO (NO LPIS)			
CASO ESPECIAL			
SEPELIO		TRASLADO	



E. ESPINOZA A.



Ej. Atención como Caso Especial, cuyo número de autorización por la Plataforma de Soporte Informático es 358 y el monto calculado por el prestador por la atención es S/ 8000 nuevos soles.

CONCEPTO PRESTACIONAL		
ATENCIÓN DIRECTA	N° DE AUTORIZACIÓN	MONTO
ENFERMEDAD ALTO COSTO (NO LPIS)		
CASO ESPECIAL	X 358	S/ 8000
SEPELJO	TRASLADO	

15. FECHA DE PARTO

En este recuadro se llenará, de manera obligatoria la fecha real del parto así como en las siguientes prestaciones: Atención de Parto Normal, Atención de Cesárea y Control de Puerperio.

FECHA DE PARTO		
DÍA	MES	AÑO
		2 0

16. FECHA DE ATENCIÓN Y HORA:

Registrar el día (del 01 al 31) y el mes (01 al 12). Los tres primeros dígitos del año podrían estar pre - impreso. En hospitalizados, la fecha de atención será la misma del Alta (para evitar extemporaneidad en el reembolso).

La hora (del 01 al 24) se registrará en el primer recuadro y los minutos (del 01 al 60) en el segundo recuadro. En hospitalizados será la hora de la fecha de ingreso (para verificar otras prestaciones del día). Para calcular la estancia se asumirá las 12:00 del mediodía como hora de ingreso y de alta.

FECHA DE ATENCIÓN			HORA		
DÍA	MES	AÑO		:	
11	09	2 0 0 8	16	:	30

17. LUGAR DE ATENCIÓN:

Si el Personal que atiende lo hace en un E.S., sería "Intramural" y si lo hace fuera del mismo sería "Extramural".

Si la atención es por personal de salud proveniente de un E.S. (Ej. CS) de mayor capacidad resolutive, la atención se puede brindar dentro de otro E.S. (Ej. PS) y sería "Intramural" o en la comunidad y sería "extramural".

Los Equipos de AISPED sólo brindan atención "Extramural".

Ej. Equipo de AISPED atiende en comunidad nativa Loma Linda del Valle del Palcazu:

LUGAR DE ATENCIÓN	
INTRAMURAL	
EXTRAMURAL	X



18. PERSONAL QUE ATIENDE:

La atención puede ser realizada por personal "del establecimiento de salud" si es personal del E.S. que atiende en el mismo E.S. o dentro de su jurisdicción; o por personal "Itinerante o AISPED", si es por personal que no pertenece al E.S.

Ej.: Brigada AISPED atiende en una comunidad de indígenas Shipibo-Conibo:

PERSONAL QUE ATIENDE	
Del Establecimiento	
Itinerante/Eq. AISPED	X

19. CÓDIGO DE PRESTACIÓN REALIZADA:

Se debe registrar el CÓDIGO del servicio para las prestaciones. Sólo se registrará UNA prestación por formato de atención.

Cuando es un niño, adolescente o gestante, también se registrará información en el recuadro de Servicios Materno Infantiles.

Ej. Se brinda una atención de Control de Puerperio.

CÓDIGO DE PRESTACIÓN
324

20. REFERENCIA

Se registra cuando el paciente es referido por un E.S. de menor capacidad resolutive o por el Equipo de AISPED. Necesariamente en el campo ATENCIÓN debe marcarse con un aspa el ítem Referido

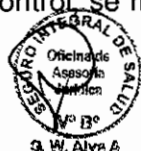
Ej.: Nos refieren un asegurado del Puesto de Salud El Triunfo, con código N° 010201A303 y Hoja de Referencia N° 00032.

CODIGO E.S./ EQ. AISPED	NOMBRE DEL E.S./ EQUIPO AISPED QUE REFIRIO AL PACIENTE	N° HOJA DE REFERENCIA
010201A303	P.S. EL TRIUNFO	00032

21. DESTINO DEL ASEGURADO:

Se debe indicar el destino del Asegurado, para lo cual se presentan las siguientes opciones: Alta, Citado, Referido, Contrarreferido y Fallecido. En relación a estas opciones y a los diferentes niveles de atención, se presenta a continuación los procesos más comunes:

- En el caso de un paciente que acude por consulta externa se presentan las siguientes opciones:
 - En caso que el paciente sea atendido por una enfermedad aguda y requiera una cita de control, se marcará el recuadro "Citado" con un aspa. En caso que



posterior al control no requiera ser citado por la misma enfermedad, se marcará el recuadro "Alta".

- En caso de un paciente con enfermedad crónica, que de manera regular es atendido en el E.S., se marcará con un aspa el recuadro "Citado", dado que va continuar demandando atención por su enfermedad. Cuando el paciente acuda al E.S. por una enfermedad diferente de su enfermedad crónica, deberá seguirse el procedimiento descrito anteriormente.
- En caso de un E.S. requiera realizar una referencia a una E.S. de mayor capacidad resolutive para una consulta especializada (interconsulta) o apoyo al diagnóstico, se deberá marcar con un aspa en el Formato de Atención si la referencia es para consulta externa o apoyo al diagnóstico según corresponda e indicar el E.S. donde se refiere y el N° de Hoja de Referencia.

El E.S. que acepta la referencia, deberá registrar en el Formato de Atención que genere la atención de la referencia, en el campo "Atención," la opción "Referencia" en indicar el E.S. que refiere y en N° de Hoja de Referencia.

- En el caso de los E.S. de mayor capacidad resolutive que aceptan referencias para consulta especializada, de acuerdo a los resultados de la atención médica realizada, deberá indicar en el Formato de Atención si el paciente va requerir controles adicionales (marcará con un aspa la opción "Citado") o si deberá continuar con su tratamiento en su establecimiento de origen ("Alta"). En caso de dar de "Alta" al paciente, deberá marcar la opción "Contrarreferencia" e indicarse en el Formato de Atención el E.S. donde se contrarrefiere así como el N° de Hoja de Contrarreferencia.

2. En el caso de un paciente que acude por Emergencia, existen las siguientes opciones, dependiendo de su capacidad resolutive:

- Posterior a su estabilización, puede ser internado/ hospitalizado en el E.S. y posterior a ello dado de "Alta" del mismo y "Citado" para su control por consultorio externo.

En su cita de control, de no requerir controles adicionales, deberá ser dado de "Alta" y "Contrarreferido" a su E.S. de origen e indicarse en el Formato de Atención el E.S. donde se contrarrefiere así como el N° de Hoja de Contrarreferencia. De lo contrario, en caso de requerir controles adicionales, se marcará la opción "Citado".

- Posterior a su estabilización, puede ser referido a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive, correspondiendo marcar la opción "Referido" de "Emergencia", indicando además el E.S. donde se refiere y el N° de Hoja de Referencia.

3. En caso de fallecimiento en el establecimiento de salud, de deberá consignar obligatoriamente la opción Fallecido.



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			
CODIGO DEL E.S.		E.S. AL QUE SE REFIERE/ CONTRARREFIERE			N° HOJA DE REF/CONTRARREF		
		HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO			112		

22. FECHA DE INGRESO Y ALTA:

Sólo aplica en pacientes hospitalizados. Se registrará la Fecha de Ingreso en el recuadro asignado y la Fecha de Alta corresponde a la fecha en que el paciente egresa del establecimiento de salud. La Fecha de Alta deberá ser la misma que se registra en el espacio correspondiente a Fecha de Atención.

Ej.: Paciente ingresa a las 20:00 horas-por el servicio de emergencia el 27/10/08, se mantiene en observación y al día siguiente es internado, permaneciendo hospitalizado durante ocho días:

HOSPITALIZADOS	FECHA DE INGRESO							
	DIA	MES	AÑO					
	2	8	1	0	2	0	0	8
	FECHA DE ALTA							
	DIA	MES	AÑO					
	0	4	1	1	2	0	0	8

23. SERVICIOS PREVENTIVOS Y VACUNACIÓN:

Se registrará los campos correspondientes a la atención materno - infantil de manera obligatoria en los establecimientos del primer nivel de atención.

- En caso de **control pre- natal (Código 321)**, se deberá indicar el número de control e incluir obligatoriamente en cada control, los valores de peso (Kg), talla (cm), altura uterina (cm), presión arterial de la gestante y la semana de gestación.

En caso de otorgarse sesiones de psicoprofilaxis, se deberá marcar con un aspa (X), "Si" si se le otorga la sesión y "No" cuando no se le otorga, y deberá ser marcado obligatoriamente en el Formato de Atención en cada control prenatal. Asimismo, en caso de brindarse consejería nutricional a la gestante, se deberá marcar la opción "Si" o "No" con un aspa (X), según corresponda.

Respecto a los valores de Hemoglobina de la gestante, se registrará el valor con número entero con aproximación a un decimal, en gramos/ decilitros (g/dL), en el reverso del formato (Ej. 12.5 g/dL). Asimismo, en caso que se realice la prueba de RPR, se deberá marcar "P" si cuenta con valor positivo y "N" si cuenta con valor negativo de la prueba, en el reverso del formato.

De manera similar, en caso que se coloque la vacuna DT adulto, se registrará el número de dosis correspondiente a la consulta; en caso de no realizarse la vacunación durante la consulta, se dejará en blanco esta opción.



En el caso de administrarse suplemento de hierro, se deberá registrar en el reverso del formato de atención. Asimismo, en caso de administrarse vacuna antitetánica, se deberá consignar el número de dosis que corresponde.

Ej. Al 8° control prenatal acude una gestante con 36 semanas de gestación, a quien se le registra el peso (78.5 Kg), la talla (170 cm), altura uterina (30 cm) y presión arterial (90/60 mmHg). Además la gestante recibe consejería nutricional y sesión de psicoprofilaxis durante la atención.

SERVICIOS PREVENTIVOS										
CPN (N°)	8	PESO (Kg) (RN, niño, gestante)	78	5	0	0	TALLA (CM)	170	CONSEJERÍA NUTRICIONAL	(SI) (NO)
EDAD GEST (SEM)	36	EDAD GEST RN (SEM)		APGAR	1	5	CONSEJERÍA PPF		(SI) (NO)	
ALTURA UTERINA (CM)	30	CRED (N°)		EEDP/TEPSI	(SI) (NO)	ADMINISTR VITAMINA K	(SI) (NO)	PROFILAXIS OCULAR	(SI) (NO)	
P. A. (mmHg)	90 / 60	LACTANCIA MAT. EXCL.	(SI) (NO)	CONTROL DE PUERPERIO (N°)		ADMINISTR SUPL. NUTR.	(SI) (NO)			
PSICOPROFILAXIS	(SI) (NO)	ADMINISTR. OXITOCINA (puerp. inmediato)	(SI) (NO)							

- En el caso de **control del puerperio (Código 324)**, se coloca el número de control y se deberá incluir el peso, la talla y la presión arterial en el espacio correspondiente.

Ej. Corresponde al primer control de puerperio, en el cual se registra el peso (70.500 Kg), la talla (170 cm) y la presión arterial (90/60 mmHg). En caso de contar con un control de hemoglobina, éste se registrará en el reverso del formato de atención con el resultado respectivo, expresado en g/dL y con un decimal de aproximación.

SERVICIOS PREVENTIVOS										
CPN (N°)		PESO (Kg) (RN, niño, gestante)	78	5	0	0	TALLA (CM)	170	CONSEJERÍA NUTRICIONAL	(SI) (NO)
EDAD GEST (SEM)		EDAD GEST RN (SEM)		APGAR	1	5	CONSEJERÍA PPF		(SI) (NO)	
ALTURA UTERINA (CM)		CRED (N°)		EEDP/TEPSI	(SI) (NO)	ADMINISTR VITAMINA K	(SI) (NO)	PROFILAXIS OCULAR	(SI) (NO)	
P. A. (mmHg)	90 / 60	LACTANCIA MAT. EXCL.	(SI) (NO)	CONTROL DE PUERPERIO (N°)	1	ADMINISTR SUPL. NUTR.	(SI) (NO)			
PSICOPROFILAXIS	(SI) (NO)	ADMINISTR. OXITOCINA (puerp. inmediato)	(SI) (NO)							

- En el caso de **atención de parto (Códigos 322, 323)**, se registrará el peso, la talla, la presión arterial y la administración de oxitocina en el puerperio inmediato.

En la parte posterior del formato de atención se registrará las ampollas de oxitocina utilizadas durante el parto.



SERVICIOS PREVENTIVOS										
CPN (N°)		PESO (Kg) (RN, niño, gestante)	78	2	5	0	TALLA (CM)	165	CONSEJERÍA NUTRICIONAL	(SI) (NO)
EDAD GEST (SEM)		EDAD GEST RN (SEM)		APGAR	1'	5'	CONSEJERÍA PPTT	(SI) (NO)		
ALTURA UTERINA (CM)		CRED (N°)		EEDP/TEPSI	(SI) (NO)	ADMINISTR VITAMINA K	(SI) (NO)	PROFILAXIS OCULAR	(SI) (NO)	
P. A. (mmHg)	90/60	LACTANCIA MAT. EXCL.	(SI) (NO)	CONTROL DE PUERPERIO (N°)		ADMINIST. SUPL. NUTR.	(SI) (NO)			
PSICOPROFILAXIS	(SI) (NO)									
ADMINIST. OXITOCINA (puerp. inmediato)	(SI) (NO)									

- En la **atención inmediata del recién nacido (Código 101)**, se deberá registrar la valoración de la edad gestacional del recién nacido (en semanas), el peso, la talla, el APGAR al nacer al minuto y los cinco minutos, si se ha realizado o no la profilaxis ocular y la administración o no de vitamina K.

En registro de hemoglobina se registrará en el reverso del formato de atención con el resultado respectivo, expresado en g/dL (con un decimal de aproximación).

Ej. Se registra los datos de un recién nacido con un peso de 3.450 Kg, 52 cm de talla, con una valoración de la edad gestacional por Capurro de 38 semanas, con APGAR 9 al minuto y 10 a los cinco minutos; a quién se le realiza profilaxis ocular y se le administra vitamina K.

SERVICIOS PREVENTIVOS										
CPN (N°)		PESO (Kg) (RN, niño, gestante)	3	4	5	0	TALLA (CM)	52	CONSEJERÍA NUTRICIONAL	(SI) (NO)
EDAD GEST (SEM)		EDAD GEST RN (SEM)	38	APGAR	1'	9	5'	10	CONSEJERÍA PPTT	(SI) (NO)
ALTURA UTERINA (CM)		CRED (N°)		EEDP/TEPSI	(SI) (NO)	ADMINISTR VITAMINA K	(SI) (NO)	PROFILAXIS OCULAR	(SI) (NO)	
P. A. (mmHg)		LACTANCIA MAT. EXCL.	(SI) (NO)	CONTROL DE PUERPERIO (N°)		ADMINIST. SUPL. NUTR.	(SI) (NO)			
PSICOPROFILAXIS	(SI) (NO)									
ADMINIST. OXITOCINA (puerp. inmediato)	(SI) (NO)									

- En caso que la atención corresponda con el **control del crecimiento y desarrollo (Código 217)**, además de registrar el peso y la talla, se deberá consignar en número de control CRED. De contar con resultado de hemoglobina, se registrará el valor con número entero con aproximación de un decimal y en gramos/ decilitros (g/dL) en el reverso del formato (Ej. 13.8 g/dL).

Para el descarte de parasitosis, el prestador deberá reportar en el reverso del formato de atención, la prueba realizada. En caso del examen parasitológico seriado se deberán reportar los resultados de cada muestra ("P" positivo; "N" negativo); en el caso del Test de Gram, se registrará el resultado como ("P" positivo; "N" negativo).

Ej. Corresponde al cuarto control de crecimiento y desarrollo de un niño de 5 meses de edad, a quién se le brinda consejería nutricional a la madre y/o



acompañante, se consigna el peso y la talla, así como la administración de suplemento de hierro. El niño continúa con lactancia materna exclusiva.

SERVICIOS PREVENTIVOS										
CPN (N°)		PESO (Kg) (RN, niño, gestante)	8	1	5	0	TALLA (CM)	64	CONSEJERÍA NUTRICIONAL	(SI) (NO)
EDAD GEST (SEM)		EDAD GEST RN (SEM)	38	APGAR	1	9	5	10	CONSEJERÍA PFFF	(SI) (NO)
ALTURA UTERINA (CM)		CRED (N°)		LEDP/TERSI	(SI) (NO)	ADMINISTR. VITAMINA K	(SI) (NO)	PROFILAXIS OCULAR	(SI) (NO)	
P. A. (mmHg)		LACTANCIA MAT. EXCL.	(SI) (NO)	CONTROL DE PUERPERIO (N°)		ADMINISTR. SUPL. NUTR.	(SI) (NO)			

- En lo que respecta a **inmunizaciones (Código 492)**, se colocará el número de dosis de la(s) vacuna(s) que se está(n) aplicando, de acuerdo al calendario de vacunación vigente.
- En prestaciones de **salud reproductiva (planificación familiar), Código 493**, se deberá registrar si se realizó la consejería en planificación familiar y en el reverso del formato se deberá indicar el insumo prescrito.
- En menores de 6 meses, se deberá consignar en toda atención, si está con lactancia materna exclusiva o no.
- En el caso de adolescentes, se registrará la aplicación de la DT adulto (N° de dosis) y el valor de hemoglobina en gramos/ decilitros (g/dL) de ser necesario.
- De acuerdo a la prestación realizada, se deberán llenar todos los campos correspondientes. El no registro de una actividad será considerada como si no se hubiese realizado. Lo mismo se aplica para los medicamentos, insumos, procedimientos, exámenes de diagnóstico por imágenes y laboratorio relacionados con la prestación realizada y que no hayan sido incluidos en el formato de atención.

24. 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 Dx 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 examen de orina, hemograma, Hb y Hto.

25. 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).

Ej. Al alta del paciente, los diagnósticos finales fueron.

	DIAGNÓSTICOS DESCRIPCIÓN	Dx INGRESO			Dx EGRESO	
		TIPO Dx	CIE - 10	CIE - 10	TIPO	
1	Apendicitis Aguda	<input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R	K35.9	.	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R	
2	Anemia por deficiencia de hierro	<input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R	D50.9	.	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R	
3	Pancreatitis aguda	<input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R	K85	.	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R	
4	Diverticulitis aguda	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R	.	K57.0	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R	
5	Absceso renal	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R	.	N15.1	<input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> R	

26. RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN:

El que realiza la atención registrará de manera obligatoria sus datos personales: Nombre y apellidos completos y número de DNI y número de colegiatura profesional

En el recuadro "Responsable de la Atención" se registrará el número que corresponde según la leyenda que se encuentra por debajo del mismo. En el caso de contar con alguna especialidad, se deberá detallar en el recuadro "especialidad".

Ejemplo: Corresponde a la Dra María Castañeda Cuadros, cuyo DNI es 10668873 y colegiatura profesional número 40000, médico de la especialidad de Pediatría.

Nº DNI	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	Nº COLEGIATURA
10668873	MARIA CASTAÑEDA CUADROS	40000
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	1	ESPECIALIDAD
<small>1. MÉDICO; 2. FARMACÉUTICO; 3. ODONTÓLOGO; 4. BIÓLOGO; 5. FISIOTERAPEUTA; 6. PEDIERA; 7. TRABAJADORA SOCIAL; 8. PSICÓLOGO; 9. TECNÓLOGO MÉDICO; 10. TÉCNICO EN RADIOLOGÍA; 11. TÉCNICO EN ENFERMERÍA; 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA</small>		

27. 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.



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

Generalidades:

- En el reverso del Formato de Atención se consignan los Medicamentos, Insumos Complementarios, Procedimientos, Diagnóstico por Imágenes y Laboratorio empleados en la atención de los asegurados.
- Las DIRESAs/ DISAs están en la potestad de readecuar el listado preimpreso de medicamentos, insumos, procedimientos, diagnóstico por imágenes y laboratorio de acuerdo a su demanda, pero por ningún motivo podrán prescindir de los campos incluidos en los mismos, a excepción de los establecimientos del primer nivel de atención, que deberán incluir de manera obligatoria en el reverso del formato el listado pre impreso siguiente:

MEDICAMENTOS							
CÓDIGO	NOMBRE	FF	CONCENTR	PRES	ENTR	DX	CÓDIGO
00794	AMOXICILINA	FCO	SUS 250mg/5ml X 60 ml				
02031	CLORAMFENICOL SUCCINATO SODICO	AMP	1g				
05873	CLORURO DE SODIO	FCO	0.9% x Litro				
05986	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA	FCO	200/40 mg x 60 ml				
03752	GENTAMICINA	FCO	GTA 0.003				
04582	MEBENDAZOL	FCO	SUS 100mgx30 ml				
05253	OXITOCINA	AMP	10 UI				
05309	PARACETAMOL	FCO	128 mg/5 ml x 60 ml				
05589	PREDNISONA	TAB	5 mg				
05731	SALBUTAMOL	INH	100 mcg x 200 d				
03543	SULFATO FERROSO	FCO	JBE 75mgx 180 ml				
03552	SULFATO FERROSO	TAB	300 mg				

PROCEDIMIENTOS/ DIAGNOSTICO POR IMAGEN						
CÓDIGO	NOMBRE	IND	EJE	DX	RES	CÓDIGO
87177	PARASITOLÓGICO (SERIADO)					
87178	TEST DE GRAHAM					
85013	HEMATOCRITO					
85018	HEMOGLOBINA					
86592	TEST CUANTITATIVO PARA SÍFILIS (VDRL, RPR, ART)					

- Los establecimientos de salud nivel II y III podrán adjuntar el estado de cuenta los medicamentos, insumos, procedimientos, diagnóstico por imágenes y laboratorio, los cuales deberán contener la información de los campos incluidos en el formato de atención (código, nombre, etc.).
- En el reverso del Formato de Atención, se podrá incluir Medicamentos, Insumos Complementarios, Procedimientos, Exámenes de Diagnóstico por Imágenes y Laboratorio, que no cuenten con codificación. En estos casos, el prestador solicitará los códigos respectivos, vía Plataforma de Soporte Informático, según los



procesos establecidos por el SIS, e incluir el precio de operación (PO) de los mismos.

28.1 MEDICAMENTOS

La relación impresa de medicamentos en orden alfabético, de mayor uso, según la descripción establecida por la DIGEMID, considerando mínimo:

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

28.2 INSUMOS

Los insumos deberán estar con su codificación DIGEMID, Nombre, Presentación (**Pr**), Característica (**CARACT** -descripción complementaria del insumo), lo prescrito (**PRES**), lo entregado (**ENTR**) y Diagnóstico (**Dx**).

El número de ticket y el costo se llenarán en caso que los insumos empleados no puedan ser digitados en el aplicativo informático del SIS. Para ello el prestador solicitará vía Plataforma de Soporte Informático un número de ticket, el cual contendrá una codificación para ser utilizada por el prestador para su digitación.

28.3 PROCEDIMIENTOS/ DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES/ LABORATORIO

Se debe registrar la cantidad de procedimientos o intervenciones quirúrgicas indicadas (**IND**), y ejecutadas (**EJE**) y el Diagnóstico (**Dx**) para el que se solicitó el mismo. El procedimiento o intervención quirúrgica deberá contener el nombre del mismo y el código CPT.

Se debe registrar la cantidad de exámenes de apoyo al diagnóstico indicados (**IND**) y realizados (**EJE**) y el Diagnóstico (**Dx**) para el que se solicitó. El examen deberá contener el nombre del mismo y el código CPT. En la columna (**RES**), se podrá incluir los resultados del mismo.

Registrar la cantidad de exámenes de laboratorio indicados (**IND**) y realizados (**EJE**) y el Diagnóstico (**Dx**) para el que se solicitó. El examen deberá contener el nombre del mismo y el código CPT. En la columna (**RES**), se podrá incluir los resultados del mismo.



29. SUB COMPONENTE PRESTACIONAL (MEDICAMENTOS, INSUMOS Y/O PROCEDIMIENTOS):

Se registrarán los medicamentos, insumos y/o procedimientos requeridos para las atenciones de salud reconocidas por el SIS, que el aplicativo informático no permite el ingreso para su reporte.

El Número de Ticket se llenará con datos solicitados vía Plataforma de Soporte Informático y el Precio de Operación (PO) será incluido por el prestador para estos casos.

30. OBSERVACIONES:

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

31. FIRMA, SELLO Y HUELLA DIGITAL:

Para efectos de pago y como señal de conformidad de los medicamentos recibidos y/o de los exámenes o procedimientos realizados, se requiere la firma y sello del Responsable de Farmacia/ Laboratorio/ Ap. Diagnóstico, así como la firma y huella digital del asegurado o apoderado.

