

Anexo 4

Formato Único de Atención



PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud

ANEXO 04:

FORMATO UNICO DE ATENCION

NUMERO DE FORMATO			
	-	-	

CODIGO E.S./EQUIPO AISPED	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O EQUIPO AISPED QUE REALIZA LA ATENCION	RECONSIDERACION (*)
		N° FORMATO ATENCION PARA RECONSIDERACION

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

COMPONENTE	TIPO FORMATO AFILIACION	CODIGO AFILIACION / INSCRIPCION		IDENTIFICACION		CODIGO DE AFILIACION DE SEGURO (*)	
SUBSIDIADO	NUEVO	DISA	NUMERO	TD	N° DOCUMENTO	INSTITUCION	
SEMI-SUBSIDIADO	ANTIGUO INSCR AFIL					COD. SEGURO	

(*) En caso de convenios con otras instituciones

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

PRIMER NOMBRE	OTROS NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	ATENCION		GESTANTE	CONCEPTO PRESTACIONAL		
DIA	MES	AÑO	MASCULINO	AMBULATORIA			ATENCION DIRECTA	N° DE AUTORIZACION	MONTO
			FEMENINO	REFERENCIA		PUERPERA	ENFERMEDAD ALTO COSTO (NO LPIS)		
				EMERGENCIA			CASO ESPECIAL		

FECHA DE ATENCION			HORA	LUGAR DE ATENCION		N° DE HISTORIA CLINICA	FECHA DE PARTO	
DIA	MES	AÑO		INTRAMURAL			SEPELIO	DIA
				EXTRAMURAL			TRASLADO	MES
								AÑO

PERSONAL QUE ATIENDE		CODIGO DE PRESTACION	CODIGO E.S./ EQ. AISPED	NOMBRE DEL E.S./ EQUIPO AISPED QUE REFIRIO AL PACIENTE	N° HOJA DE REFERENCIA
DEL ESTABLECIMIENTO					
ITINERANTE/ EQ. AISPED					

DESTINO DEL ASEGURADO						FECHA DE INGRESO			
ALTA	CITADO	REFERIDO			CONTRARREFERIDO	FALLECIDO	DIA	MES	AÑO
		EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNOSTICO					

HOSPITALIZADOS

CODIGO DEL E.S.	E.S. AL QUE SE REFIERE/ CONTRARREFIERE	N° HOJA DE REF/CONTRARREF.

SERVICIOS PREVENTIVOS						VACUNAS N° DOSIS					
CPN (N°)	PESO (kg)	TALLA (CM)	CONSEJERIA NUTRICIONAL (SI/NO)	BCG	INFLUENZ	ANTIAMARILICA					
EDAD GEST (SEM)				DPT	PAROTID	ANTINEUMOC.					
ALTURA UTERINA (cm)				APO	RUBEOLA	ANTITETANICA					
P. A. (mmHg)				ASA	ROTAVIRUS						
PSICOPROFILAXIS (SI/NO)				SPR	DT ADULTO (N° DOSIS)						
ADMINIST. OXITOCINA (puerperio inmediato) (SI/NO)				HVB	PENTAVAL						

GRUPO DE RIESGO VACUNA HVB

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

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

RESPONSABLE DE LA ATENCION	ESPECIALIDAD

1- MEDICO; 2-FARMACEUTICO; 3-ODONTOLOGO; 4-BIOLOGO; 5-OBSTETRIZ; 6- ENFERMERA; 7- TRABAJADORA SOCIAL; 8-PSICÓLOGO; 9-TECNÓLOGO MÉDICO; 10-NUTRICIONISTA; 11- TÉCNICO ENFERMERÍA; 12-AUXILIAR DE ENFERMERÍA



Firma y Sello del Responsable de la Atención

Firma del afiliado o apoderado

DEL REGISTRO CORRECTO Y DE LA DIGITACION ADECUADA Y OPORTUNA DEPENDERÁ EL PAGO DE LAS PRESTACIONES A TU ESTABLECIMIENTO

