

(Solo en el caso de hoja de referencia borrosa o ilegible o sucinta)

INFORME MEDICO

IPRESS ORIGEN: _____

FECHA DEL INFORME: ____/____/____ HORA: _____

Descripción del asegurado:

NOMBRES Y APELLIDOS: _____ Edad: _____

N° DNI: _____ Hospital de destino: _____

Fecha y hora de ingreso: _____ Especialidad de destino: _____

Anamnesis: Refiere presentar:

• **Examen Físico:**

• **Diagnóstico:**

• **Tratamiento:**

• **Hospital de destino:** _____

• **Motivo por el cual se refiere al asegurado:**

Es cuanto informo.

Responsable de la Referencia
o médico tratante

 PERÚ	Ministerio de Salud	Seguro Integral de Salud	 GERESA LAMBAYEQUE
HOJA DE REFERENCIA		190 25	00081825
1.- DATOS GENERALES			
Fecha	Día Mes Año	Hora	Asegurado: SI NO
Establecimiento de Origen de la Referencia			
Establecimiento Destino de la Referencia			
2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO:		CÓDIGO DE AFILIACIÓN AL SIS	Nº HISTORIA CLÍNICA
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
Sexo F M	Edad Años	Meses	Días
Dirección:		Departamento:	
3. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA			
Anamnesis			
Examen Físico T° P.A. F.R. F.C.			
Exámenes Auxiliares			
Diagnóstico 1)		CIE -10	D P R
2)			
3)			
Tratamiento			
4. DATOS DE LA REFERENCIA			
Coordinación de la Referencia		UPS Destino de la Referencia	
Emergencia ☐		Consulta Externa ☐ Apoyo al Diagnóstico (Adjuntar orden) ☐	
Fecha en que será atendido			
Hora en que será atendido			
Nombre de quién lo atenderá			
Nombre con quien se coordinó la atención			
Especialidad de Destino			
Pediatría ☐	Medicina ☐	Cirugía ☐	Gineco-Obst. ☐ Lab. ☐ Dx. Imag ☐ Otro ☐
Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado			
Estable ☐		Mal estado ☒	
Responsable de la RF.	Responsable del Establecimiento	Personal que acompaña	Personal que recibe
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre Robinson León Zuloaga
Colegiatura	Colegiatura	Colegiatura	Colegiatura 45574
Profesión ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Obstetrix ☐ Otro	Profesión ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Obstetrix ☐ Otro	Profesión ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Obstetrix ☐ Otro	Profesión ☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Obstetrix ☐ Otro
Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello	Firma y sello
Condiciones del Paciente a la llegada al Establecimiento Destino de la Referencia			
Estable ☐		Mal Estado ☒ Fallecido ☐	

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE

INFORME MEDICO

IPRESS ORIGEN: Centro de Salud Cayalti

FECHA DEL INFORME: 21/06/2026 HORA: 03:46

Descripción del asegurado:

NOMBRES Y APELLIDOS: Cajon Jello Esgardo Jaime.

Edad: 55 N° DNI: 16697690 Hospital de

destino: Hospital Regional Docente las Mercedes Fecha y hora de ingreso:

21/06/2026 03:46 Especialidad de destino: CSRUGIA

Anamnesis: Refiere presentar:

Paciente acude Por Emergencia Por Presentar crisis
hepática y varices esofágicas con sangrado (tt/itt)
Segunda vez que presenta este mismo cuadro.

• Examen Físico:

AREG, AREN, AREH
Presenta dolor epigastro a la palpación
anteriormente tuvo 02 episodios
activo de sangre

• Diagnóstico:

otras cirrosis del Hgado K 746.
Varices Esofágicas con Hemorragia I. 850

• Tratamiento:

Nacl 09 x 1000 venovenosa stat

• Hospital de destino: Hospital Regional Docente las Mercedes.

• Motivo por el cual se refiere al asegurado:

Es cuanto informo.


Dr. Luis E. ...
Responsable de la Referencia
o médico tratante

MODELO DE INFORME DE COMISION DE SERVICIO

INFORME 000...-2026-

A:
GERENTE DE RED DE SALUD

DE:
cargo

ASUNTO: INFORME DE COMISION SERVICIO POR TRASLADO DE EMERGENCIA A PACIENTE SIS

REFERENCIA: colocar el número de documento que presenta el expediente de traslado

Es grato dirigirme a usted y expresarle mi cordial saludo y a la vez, informar que, yo Sr..... identificado con N° DNI..... con el cargo de Piloto de ambulancia, trabajador con condición laboral(CAS, Nombrado, SERUMS regional o nacional) del C.S de la red de salud.....informo actividad realizada en la comisión de servicio donde participé como piloto de ambulancia en el traslado emergencia paciente Asegurado SIS.

El día de.....2026, a horas..... el profesional de salud (Médico, obstetra) responsable de la referencia del P.Sindica que por gravedad del paciente identificado con (Iniciales, DNI y código de asegurado SIS (N° Afiliación)) con dx..... fue necesario realizar el traslado de emergencia a un establecimiento de mayor complejidad, por lo que, procedí a hacer uso de la ambulancia para trasladar al paciente desde el C.S/P.S al hospital de destino.....(hospital Belén, Mercedes, Regional o Ferreñafe) llegando el díaa horas..... Donde fue recibido por el profesional de turno. Retornando a la IPRESS origen P.S..... el día..... a horas..... . De ser el caso quedarse hasta el siguiente día; por lo que tuve que pernoctar en la ciudad de Chiclayo.

Como se resume en el siguiente cuadro:

N°	NOMBRE Y APELLIDO DEL COMISIONADO	LUGAR DE ORIGEN	LUGAR DE DESTINO	FECHA y HORA DE SALIDA DE LA IPRESS	FECHA Y HORA DE RETORNO A LA IPRESS
1	TORRES PEREZ	P.S LAQUIPAMPA	HOSPITAL FERREÑAFE	20-01-2025 Hora: 08:0 am	20-01-2025 Hora: 15:00 PM

En el marco del cumplimiento de la Directivas N° 005-2024-SIS/GNF-V.01 "Directiva que regula el financiamiento de las prestaciones de traslados de emergencia y alimentación para gestantes o púerperas alojadas en Casa Materna brindadas a los asegurados del Seguro Integral de Salud", En sus disposiciones específicas: de los gastos financiados a reconocer por traslado de emergencia de un asegurado SIS, se reconoce el pago de viáticos para el personal de salud que acompaña y brinda asistencia durante la referencia y al piloto de ambulancia.

Adjunto documentos:

FUA N° 4458-23-009528 de traslado de emergencia,
Hoja de Referencia N° 190-21-0058869
Bitácora de donde se evidencia salida de la ambulancia, el día del mesdel presente año.
Boleta de consumo de alimentos y hospedaje (de ser el caso)
Es cuanto informamos a usted para su conocimiento y fines correspondientes.

Atentamente,

TORRES PEREZ
16278694.

CADA COMISIONADO DEBE ADJUNTAR BOLETAS DE ALIMENTOS Y HOSPEDAJE (de ser el caso)

BOLETA O FACTURA: Debe estar a nombre de: Gerencia Regional de Salud Lambayeque RUC: 20163833094

El personal de salud: en la parte posterior de la boleta o factura debe colocar nombre, apellido y firma.

- Se reconoce el monto de S/. 60.00 por alimento y S/. 60 por hospedaje. (en cada boleta debe registrar importe total reconocido o mínimo del 70%).

EL TRONCO
Restaurant • Turístico
DE: ERMITANO ROSAS COPIA VASQUEZ

- Se atienden todo tipo de Recepciones
- Atención de Lunes a Domingo
- Almuerzos Criollos

CEL: 999260371 / 948814618
CALLE TAMBO REAL 186 - Caserio Tambo Real
PITIPO - FERRENAFE - LAMBAYEQUE

R.U.C. N° 10426496297
BOLETA DE VENTA
0001- **N° 009717**

SR. (ES): GERENCIA REGIONAL DE SALUD
DIRECCION: LAMBAYEQUE

FECHA: 17 04 26
DNI / RUC: 20163833094

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	IMPORTE
	POR CONSUMO DE ALIMENTACION	9.60	9.60.00
	CANCELADO		

IMP. "LINDIA" DE: ELIDA DIAZ MERA
RUC: 10410546880 CALLE ILO 111 - TELF. 962534488
FERRENAFE SERIE 0001- 9501 AL 10500
AUT. SUNAT: 1310815073 - F.I.: 28/01/2026

Gracias por su Preferencia **TOTAL S/ 9.60.00**

USUARIO

HOSTAL Chela
DE: GARMA ABAB CARMEN DEL PILAR
AV. CHINCHAYSUYO MZA. H LOTE 09 LAMBAYEQUE CHICLAYO LA VICTORIA

LES OFRECE COMODAS HABITACIONES CON
BANO PRIVADO,
AGUA FRIA,
CALIENTE, TV
CABLE, INTERNET Y TELEFONO

TEL: 074 639675

R.U.C. 10174514441
BOLETA DE VENTA
0001 **N° 004452**

Señor(es): Gerencia Regional de Salud Lambayeque
Dirección: LAMBAYEQUE

Fecha: 17 04 2026
D.Ident: 20163833094

CANT.	DESCRIPCION	P. UNIT.	TOTAL
	Hospedaje	60.0	60.0
	CANCELADO		

RUC: 2862234402 - LEONCIO PRADO N° 735
AUT. SUNAT: 1235979673 - F.I.: 13/02/2020
SERIE 0001 DEL 3501 AL 4500

Gracias por su Preferencia **TOTAL S/ 60.0**

USUARIO

ANEXO N°01

FORMATO DE REPORTE DEL CONSUMO EN EL TRASLADO DE EMERGENCIA

Datos del Asegurado

Nombres y Apellidos completos		Edad	Fecha de Nacimiento
Formato Único de Atención		Código de afiliación	
Diagnostico :	Cle 10:		

Tipo de Traslado

Emergencia:	X	Hospitalización:		Plan Esperanza – EHR:	
-------------	---	------------------	--	-----------------------	--

Tipo de ambulancia que brinda el Servicio

Pública:	X	Privada:		Otros:	
----------	---	----------	--	--------	--

Datos de Referencia

Nombre de la IPRESS que refiere	Código RENAES
Fecha y Hora de la Referencia (dd/mm/aa; 00:00)	Nombre de la IPRESS de Destino

Recorrido (Origen – Destino – Origen)	km	Vehículo	Placa
		AMBULANCIA	
Cantidad de Galones o m³ Utilizados	Tipo de Combustible	Costo por Galon	Total Importe S/
Nombre o Razon social del Proveedor		RUC	

Detalle del Gasto (Traslado Importe + TUUA): (*)

(*) Declaración bajo juramento, que los gastos por el traslado son:

Pasaje:	Aéreo:	Importe:S/	TUUA: S/		
Terrestre	Importe:S/	TUUA: S/	Marítimo:	Importe:S/	TUUA: S/
Fluvial	Importe:S/	TUUA: S/	Lacustre:	Importe:S/	TUUA: S/
TOTAL:		S/			
Combustible:		Tipo de combustible	DIESEL		

Viáticos:	Nro Personas	Total	
-----------	--------------	-------	--

Otros Gastos:

		Total:	S/0.00
--	--	--------	--------

ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN (por parte del Familiar o Acompañante) (*)

Nombre y Apellidos completos de Familiar o Acompañante		DNI	Domicilio
Monto Diario recibido por 3 comidas		Fechas del (dd/mm/aaaa) al (dd/mm/aaaa)	Monto total por Concepto de alimentación
S/		S/	
Firma y Huella Digital de Familiar o Acompañante, en señal de conformidad de la Asignación de Alimentación		Firma:	Huella:

Fecha:

(*) Información declarada, bajo responsabilidad; sometiéndome a las disposiciones de la Ley N.º 27444, Ley del Procedimiento

Firma y Sello
Jefe/Gerente/Personal acompañante del

Firma y Sello
Jefe Oficina/Unidad de Seguros



GOBIERNO REGIONAL
LAMBAYEQUE / GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
BITÁCORA DE OPERACIONES DE LAS AMBULANCIAS



PERÚ

Ministerio
de salud

0003301 -2025

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

MICRORED DE SALUD: _____

PLACA: _____

AÑO: _____

MES: _____

N°	SALIDA		RETORNO		TOTAL DE HORAS	KILOMETRAJE			COMBUSTIBLE (GALONES)			PILOTO DE AMBULANCIA		DATOS DE LA REFERENCIAS / CONTRA REFERENCIA					DATOS DEL PACIENTE					OBSERVACIÓN
	FECHA	HORA	FECHA	HORA		SALIDA	RETORNO	TOTAL DE KM	MARCADOR AL INICIO DEL RECORRIDO	MARCADOR AL FINAL DEL RECORRIDO	CONSUMO TOTAL DE COMBUSTIBLE	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	IPRESS ORIGEN:	PERSONAL ACOMPAÑA	N° DE HOJA DE REFERENCIA	DIAGNOSTICO (CÓD. CIE)	IPRESS DESTINO:	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	SEXO	ESTADO DEL PACIENTE (ME. MAL ESTADO. E. ESTABLE)	NOMBRES DE ACOMPAÑANTE	
1																								
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								

JEFE DE TRANSPORTE

JEFE DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD