



GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

UNIDAD FUNCIONAL
**COORDINACIÓN DE
ASEGURAMIENTO EN SALUD**

REGISTRO DE FUA

TRASLADO 117

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NÚMERO DE FORMATO

00004395

25A

00000021

FUA DE ATENCIÓN: 062

N° FUA PRESTACIÓN DE SALUD A VINCULAR

00004395

25

00016010

DE LA IPRESS DE ORIGEN

CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS

00004395

NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN

C.S. MOTUPE

DEL ASEGURADO / USUARIO

IDENTIFICACIÓN

TDI

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

2

74726088

CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS

DIRESA / OTROS

NÚMERO

190

2

74726088

ASEGURADO DE OTRA IAFAS

INSTITUCIÓN

COD. SEGURO

APELLIDO PATERNO

ROMERO

APELLIDO MATERNO

PERALTA

PRIMER NOMBRE

GRECIA

OTROS NOMBRES

NICOLE

SEXO

MASCULINO

FEMENINO

X

FECHA

DÍA

MES

AÑO

FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO

20190205

FECHA DE NACIMIENTO

05022019

FECHA DE FALLECIMIENTO

N° DE HISTORIA CLÍNICA

74726088

ETNIA

58

SALUD MATERNA

GESTANTE

PUERPERA

X

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3

DE LA ATENCIÓN EN LA IPRESS DE ORIGEN

FECHA DE ATENCIÓN

DÍA

MES

AÑO

012020

HORA

02:20

UPS

COD. PRESTA.

117

HOSPITALIZACIÓN

FECHA

DE INGRESO

DE ALTA

DÍA

MES

AÑO

ADMINISTRATIVA

FECHA

DÍA

MES

AÑO

HORA

0115:0200

LA FECHA Y HORA DE ATENCIÓN DEBERA SER IGUAL A LA FECHAY HORA DE FIN

MOTIVO DE INGRESO A LA CASA MATERNA

PRESENTA COMPLICACIONES

OTRO

CÓDIGO CASA MATERNA

NOMBRE CASA MATERNA

N° FAMILIARES ACOMPAÑANTE DE GEST/PUER

DEL DESTINO DEL ASEGURADO

REFERIDO

EMERGENCIA

APOYO AL DIAGNÓSTICO

CONTRA REFERIDO

CURADO

MEJORADO

FALLECIDO

DEL TRASLADO DE EMERGENCIA

CÓDIGO RENIPRESS

NOMBRE DE LA IPRESS DE DESTINO

NRO HOJA DE REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA

00011470

HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE

190-23-00067472

DIAGNÓSTICOS

N°

DESCRIPCIÓN

INGRESO

TIPO DE DX

CIE-10

EGRESO

TIPO DE DX

CIE-10

1

RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION

P

B

R

O429

D

R

2

P

D

D

R

3

R

D

R

4

D

R

D

R

5

D

R

D

R

LA DESCRIPCIÓN DEBERA SER LA MISMA QUE CORRESPONDE AL CODIGO CIE 10

DE LA RENDICION DE GASTOS

TRANSPORTE

COD. TIPO TRANSPORTE

COD. TRANSPORTE

DETALLE DE TRANSPORTE

NRO PASAJEROS

CANTIDAD

PRECIO UNITARIO

TOTAL

2

1211

Ambulancia Terrestre

4

1

-

-

VIÁTICOS

COD. TIPO GASTO VIATICO

COD. GASTO

DETALLE DE VIÁTICOS

N° DÍAS

NRO COMISIONADOS

TOTAL

OTROS GASTOS

COD. TIPO OTROS GASTOS

COD. OTROS GASTOS

DETALLE DE OTROS GASTOS

CANTIDAD

N° DÍAS (ALJ)

PRECIO UNITARIO

TOTAL

1

3111

Combustible

8

0

14.10

112.80

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

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

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

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



GERENCIA REGIONAL DE
SALUD

UNIDAD FUNCIONAL
**COORDINACIÓN DE
ASEGURAMIENTO EN SALUD**

REGISTRO DE FUA TRASLADO 117 (CON VIÁTICOS)

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NÚMERO DE FORMATO

00004395

25A

00000021

FUA DE ATENCIÓN: 062

N° FUA PRESTACIÓN DE SALUD A VINCULAR

00004395

25

00016010

DE LA IPRESS DE ORIGEN

CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS

NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN

00004395

C.S. MOTUPE

DEL ASEGURADO / USUARIO

IDENTIFICACIÓN

TDI

N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD

2

74726088

CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS

DIRESA / OTROS

NÚMERO

190

2

74726088

ASEGURADO DE OTRA IAFAS

INSTITUCIÓN

COD. SEGURO

APELLIDO PATERNO

ROMERO

APELLIDO MATERNO

PERALTA

PRIMER NOMBRE

GRECIA

OTROS NOMBRES

NICOLE

SEXO

MASCULINO

FEMENINO

X

FECHA

FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO

FECHA DE NACIMIENTO

FECHA DE FALLECIMIENTO

DÍA

MES

AÑO

2

9

1

0

2

0

2

5

0

5

0

2

0

1

N° DE HISTORIA CLÍNICA

ETNIA

74726088

58

SALUD MATERNA

GESTANTE

PUERPERA

X

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2

DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3

DE LA ATENCIÓN EN LA IPRESS DE ORIGEN

FECHA DE ATENCIÓN

DÍA

MES

AÑO

0

2

0

1

2

0

2

6

HORA

UPS

COD. PRESTA.

02

:

20

117

HOSPITALIZACIÓN

FECHA

DE INGRESO

DE ALTA

DÍA

MES

AÑO

MINISTRATIVA

FECHA

DÍA

MES

AÑO

HORA

INICIO

FIN

0

1

0

1

2

0

2

6

1

1

:

1

5

0

2

0

1

2

0

2

6

0

2

:

2

0

LA FECHA Y HORA DE ATENCIÓN DEBERA SER IGUAL A LA FECHAY HORA DE FIN

MOVILIDAD A LA CASA MATERNA

PRESENTA COMPLICACIONES

OTRO

DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA MATERNA

CÓDIGO CASA MATERNA

NOMBRE CASA MATERNA

N° FAMILIARES ACOMPAÑANTE DE GEST/PUER

DEL DESTINO DEL ASEGURADO

REFERIDO

EMERGENCIA

APOYO AL DIAGNÓSTICO

CONTRA REFERIDO

CURADO

MEJORADO

FALLECIDO

CÓDIGO RENIPRESS

NOMBRE DE LA IPRESS DE DESTINO

NRO HOJA DE REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA

00011470

HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE

190-23-00067472

DIAGNÓSTICOS

N°

DESCRIPCIÓN

INGRESO

EGRESO

TIPO DE DX

CIE-10

TIPO DE DX

CIE-10

1

RUPTURA PREMATURA DE LAS MEMBRANAS, SIN OTRA ESPECIFICACION

P

D

R

O429

D

R

2

P

D

R

D

R

3

D

R

D

R

4

D

R

D

R

5

D

R

D

R

DE LA RENDICION DE GASTOS

TRANSPORTE

COD. TIPO TRANSPORTE

COD. TRANSPORTE

DETALLE DE TRANSPORTE

NRO PASAJEROS

CANTIDAD

PRECIO UNITARIO

TOTAL

2

1211

Ambulancia Terrestre

4

1

-

-

VIÁTICOS

COD. TIPO GASTO VIATICO

COD. GASTO

DETALLE DE VIÁTICOS

N° DÍAS

NRO COMISIONADOS

TOTAL

1

2111

Hospedaje Personal De Salud

1

1

60.00

2

2211

Alimentación Personal De Salud

1

1

60.00

1

2121

Hospedaje Para Conductor

1

1

60.00

2

2221

Alimentación Conductor

1

1

60.00

OTROS GASTOS

COD. TIPO OTROS GASTOS

COD. OTROS GASTOS

DETALLE DE OTROS GASTOS

CANTIDAD

N° DÍAS (ALI)

PRECIO UNITARIO

TOTAL

1

3111

Combustible

8

0

14.10

112.80

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

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

COD. OTROS GASTOS 1. ALIMENTACIÓN 2. ALIMENTACIÓN TRASLADOS 3. TUJUA 4. ALIMENTACION 5. ALIMENTACION CASA MATERNAS

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

SE REGISTRA LOS DATOS SEGUN LOS GASTOS UTILIZADOS POR EL PERSONAL DE SALUD QUE REALIZO EL TRASLADO
NOTA: DEBERAN REALIZAR UN INFORME ANEXANDO LOS COMPROBANTE DE CADA GASTO