

# MODELO DE FUA PRESTACION 056 PARA DIABETES MELLITUS



000003184

26

0003250

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS

NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN

000003184

SANTA ROSA

PERSONAL QUE ATIENDE

LUGAR DE ATENCIÓN

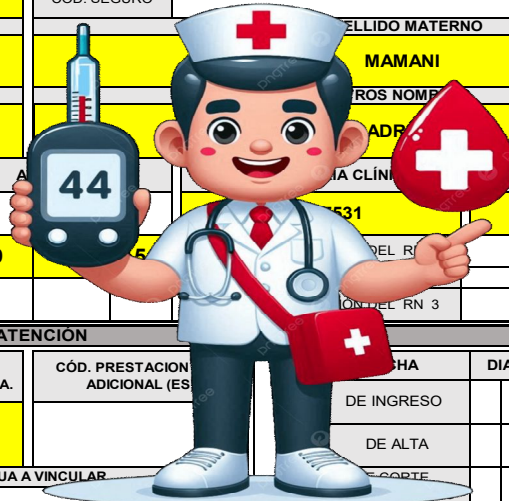
ATENCIÓN

DE LA IPRESS	<input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO DE AISPED	INTRAMURAL	<input checked="" type="checkbox"/>	AMBULATORIA	<input checked="" type="checkbox"/>	CÓD. RENIPRESS
ITINERANTE	<input type="checkbox"/>		EXTRAMURAL	<input type="checkbox"/>	REFERENCIA	<input type="checkbox"/>	
AISPED	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	EMERGENCIA	<input type="checkbox"/>	

**LAFUA 056 DE FORMA OBLIGATORIA TIENE QUE IR**

DEL ASEGURADO

IDENTIFICACION		CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS				ASEGURADO DE OTRA IAFAS			
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS	NÚMERO		INSTITUCIÓN				
2	45987531	290	2	45987531					
APELLIDO PATERNO					APELLIDO MATERNO				
QUISPE					MAMANI				
PRIMER NOMBRE					OTROS NOMBRES				
JORGE					DIRECCIÓN				
SEXO	FECHA	DIA	MES	AÑO	EDAD	ETNIA			
MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO								
FEMENINO <input type="checkbox"/>									
SALUD MATERNA	FECHA DE NACIMIENTO	1	2	0	5	1	9		
GESTANTE	FECHA DE FALLECIMIENTO								
PUERPERA									



DE LA ATENCIÓN

FECHA DE ATENCIÓN			HORA		UPS	CÓD. PRESTA.	CÓD. PRESTACION ADICIONAL (ES)	FECHA	DIA	MES	AÑO
DIA	MES	AÑO						DE INGRESO			
15	6	2026	10	35		056		DE ALTA			
REPORTE VINCULADO	CÓD. AUTORIZACIÓN		N° FUA A VINCULAR								

CONCEPTO PRESTACIONAL

ATENCIÓN DIRECTA	<input checked="" type="checkbox"/>	SEPELIO		
		NATIMUERTO	OBITO	OTRO

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO

ALTA	CITA	<input checked="" type="checkbox"/>	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO	CONTRA REFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.
------	------	-------------------------------------	-----------------	------------	------------------	----------------------	-----------------	-----------	----------------

SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:

CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS	NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE	N° HOJA DE REFER / CONTRARR.
-------------------------------	--	------------------------------

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS

PESO (Kg)	75	TALLA (cm)	167	P.A. (mmHg)	100/70	IMC (Kg/m2)	27.2	P.AB (cm)	89	
DE LA GESTANTE	DEL RECIENTE NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO					
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°		EVALUACIÓN INTEGRAL					
EDAD GEST	APGAR 1°	5°	R.N. PREMATURO	TAP/ EEDP o TEPSI	ADULTO MAYOR					
ALTURA UTERINA	BAJO PESO AL NACER		CONSEJERIA NUTRICIONAL		VACAM					
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER		CONSEJERIA INTEGRAL					
CONTROL PUERP (N°)	TAMIZAJE DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS		DOSAJE DE ALBUMINA EN ORINA (ug/mL)		DEPURACION DE CREATININA (mL/min)					
	HB. GLICOSILADA (mg/dL)									

VACUNAS N° DE DOSIS

BCG		INFLUENZA		ANTIAMARILIC A	
DPT		PAROTID		ANTINEUMOC	
APO		RUBEOLA		ANTITETANICA	
ASA		ROTAVIRUS		COMPLETAS PARA LA EDAD (410)	SI NO
SPR		DT ADULTO (N° DOSIS)		VPH	
SR		IPV		OTRA VACUNA	
HVB		PENTAVAL			
GRUPO DE RIESGO HVB					

DIAGNÓSTICOS

N°	DESCRIPCIÓN	INGRESO			EGRESO	
		TIPO DE DX	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10	
1	DIABETES MELLITUS TIPO 2, SIN MENCION DE COMPLICACION	P	D	X	E119	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
6		P	D	R		D R
7		P	D	R		D R

N° DE DNI	72546724	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	QUISPE ESCOBAR GIANEL ALEJANDRA	N° DE COLEGIATURA	
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	1	ESPECIALIDAD		N° RNE	EGRESADO

1. MEDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNOLOGO MEDICO 10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO

*Dr. Richard Arnold Flores Dianderas*  
C.M.P. 107710  
MEDICO CIRUJANO

FIRMA

ASEGURADO

REPRESENTANTE

*Juan Amaya*

REPRESENTANTE DEL ASEGURADO:  
NOMBRES Y APELLIDOS



Huella Digital del Asegurado o del Representante

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

DNI o CE DEL REPRESENTANTE:

TERAPÉUTICA INSUMOS, PROCEDIMIENTOS Y APOYO AL DIAGNÓSTICO

FORMATO DE ATENCIÓN N°

Table with columns for COD. SISEM, NOMBRE, FF, CONCENTR, PRES, ENTR, DX, COD. SISEM, NOMBRE, FF, CONCENTR, PRES, ENTR, DX, COD. SISEM, NOMBRE, FF, CONCENTR, PRES, ENTR, DX. Lists various medications and their dosages.

Table with columns for COD. SISEM, NOMBRE, PR, CARACT, PRESC, ENTR, DX, COD. SISEM, NOMBRE, PR, CARACT, PRESC, ENTR, DX, COD. SISEM, NOMBRE, PR, CARACT, PRESC, ENTR, DX. Lists various medical procedures and their details.

PROCEDIMIENTOS DE 0847 DE FORMA OBLIGATORIA EN DIAGNOSTICADOS CON DIABETES TIPO 2 EN LOS

Table with columns for COD. CPHS, NOMBRE, IND, E, E, DX, RES, COD. CPHS, NOMBRE, IND, E, E, DX, RES, COD. CPHS, NOMBRE, IND, E, E, DX, RES. Lists various laboratory tests and their results.

Table with columns for COD. CPHS, NOMBRE, IND, E, E, DX, COD. CPHS, NOMBRE, IND, E, E, DX, COD. CPHS, NOMBRE, IND, E, E, DX. Lists various medical procedures and their details.

Table with columns for COD. CPHS, NOMBRE, IND, E, E, DX, COD. CPHS, NOMBRE, IND, E, E, DX, COD. CPHS, NOMBRE, IND, E, E, DX. Lists various dental procedures and their details.

Form for FIRMAS, APODERADO, APODERADO, NOMBRES Y APELLIDOS, DNI O C DE EL APODERADO, OBSERVACIONES, and FOLIO. Includes a signature and stamp area.



PERÚ

Ministerio de Salud

GORE PUNO - DIRESA PUNO

REDES MELGAR - UNIDAD DE SEGUROS

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NUMERO DE FORMATO

000003184

26

0003250

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS

NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN

000003184

SANTA ROSA

PERSONAL QUE ATIENDE

LUGAR DE ATENCIÓN

ATENCIÓN

REFERENCIA REALIZADA POR

Table with columns for personal attending, location, attention type, and reference details.

DEL ASEGURADO

IDENTIFICACIÓN

CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS

ASEGURADO DE OTRA IAFAS

Table with columns for identification, SIS code, and other IAFAS details.

Table with columns for sex, date of birth, and health history.

DE LA ATENCIÓN

Table with columns for date of attention, time, and hospitalization details.

CONCEPTO PRESTACIONAL

Table with columns for direct attention and other service concepts.

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO

Table with columns for destination of the insured user.

SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:

Table with columns for referral and counter-referral details.

Large table with columns for preventive activities, vaccinations, and clinical data.

DIAGNÓSTICOS

Table with columns for diagnosis description, type, and date.

Table with columns for DNI, name of responsible, and professional registration.

1. MEDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIOLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNOLOGO MEDICO 10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO

Firma y sello del responsable de la atención: Robert Torres Condori BIÓLOGO CBP. 6021

FIRMA ASEGURADO REPRESENTANTE

Firma manuscrita del asegurado



REPRESENTANTE DEL ASEGURADO: NOMBRES Y APELLIDOS

DNI o CE DEL REPRESENTANTE:

Huella Digital del Asegurado o del Representante

