


| | | | |
|---|--|---|-------------------------------|
|  | | LISTA DE CHEO PARA LA VERIFICACIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN SERVICIOS DOMICILIARIOS | |
| F-SD-0012 | | Versión 00 | Fecha de Emisión: 2015-04 -01 |
| | | Pagina 1 de 1 | |

| DATOS DEL PACIENTE | |
|---------------------|----------------------|
| NO. DOCUMENTO | 2943392 |
| APELLIDOS Y NOMBRES | Manuel Antonio Torre |

| Criterio | Cumple | No cumple | No aplica | observaciones |
|--|-------------------------------------|-----------|-----------|---------------|
| 1. Accesibilidad al domicilio. | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 2. Presencia de servicios públicos: Acueducto, alcantarillado, energía y telefonía. | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 3. Nevera | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 4. Baño | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 5. Área para almacenamiento de residuos generados en la atención de salud, para luego ser transportados a la sede de la IPS. | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 6. Firma Consentimiento Informado. | <input checked="" type="checkbox"/> | | | |
| 7. Valoración del domicilio. | | | | |
| 8. Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento. | | | | |
| 9. Fotocopia del documentos de Identidad. | | | | |
| 10. Fotocopia de Canet de la EPS | | | | |
| 11. Cancelación de copagos | | | | |
| 12. Firma del Manual Funciones de la (el) auxiliar de enfermería a nivel domiciliario en Emanuel IPS MN-SD-002 | | | | |

Ericka Y. Castillo Torres
 Nombre profesional

