LLISTA 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

| DAT | OS DEL PACIENT | E | | |
|---|-----------------------|-----------|----------------------|--|
| NO. DOCUMENTO 1050670 | 3.48 T | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES ON ON AND | 7c5_ | Lwera | , | |
| Criterio | Cumple | No cumple | r No aplica | observaciones |
| 1.Accesibilidad al domicilio. | province | | | |
| Presencia de servicios públicos: Acueducto, alcantarillado, energía y telefonía. | ^ | | | |
| 3. Nevera | Andrew . | | | |
| 4. Baño | | | ··· | |
| Área para almacenamiento de residuos generados en la atención de salud, para luego ser transportados a la sede de la IPS. | / | | | |
| 6.Firma Consentimiento Informado. | | - " | | -,- |
| 7. Valoración del domicilio. | | | ~ | |
| 8. Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento. | | 700 | | |
| 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 | / | | | |
| | | | eastu istot 97 tuale | NESSANDO ESTADO SE A COMPANSION DE LA COMP |
| Numbre profesional | Firma del profesional | | | |