



FSD-0012

LISTA DE CHEQUEO PARA LA VERIFICACIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y  
EXCLUSIÓN SERVICIOS DOMICILIARIOS

Versión 00

Fecha de Emisión: 2015-04 -01

Pagina 1 de 1

## DATOS DEL PACIENTE

NO. DOCUMENTO 1027300860

APELLIDOS Y NOMBRES Jacobo Robles Medina

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. Nevéra	<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.	<input checked="" type="checkbox"/>			
8. Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento.	<input checked="" type="checkbox"/>			
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 Emanuél IPS MN-SD-002				
13. Plan de manejo definido				
14. Estabilidad Hemodinámica				
15. Presencia de cuidador idóneo permanente				
16. Oxígeno, Insumos y Medicamentos Completos según necesidad.				

Yli Zamira Napp R.  
Nombre profesional  
Firma del profesional