



FSD-0012

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

Versión 00


Fecha de Emisión: 2015-04 -01

Página 1 de 1

DATOS DEL PACIENTE

NO. DOCUMENTO 350967

APELLIDOS Y NOMBRES Pablo Enrique Holing

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.	<input checked="" type="checkbox"/>			
8. Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento.	<input checked="" type="checkbox"/>			
9. Fotocopia del documentos de Identidad.	<input checked="" type="checkbox"/>			
10. Fotocopia de Canel de la EPS	<input checked="" type="checkbox"/>			
11. Cancelación de copagos	<input checked="" type="checkbox"/>			
12. Firma del Manual Funciones de la (el) auxiliar de enfermería a nivel domiciliario en Emanuel IPS MN-SD-002	<input checked="" type="checkbox"/>			
13. Plan de manejo definido	<input checked="" type="checkbox"/>			
14. Estabilidad Hemodinámica	<input checked="" type="checkbox"/>			
15. Presencia de cuidador idóneo permanente	<input checked="" type="checkbox"/>			
16. Oxígeno, Insumos y Medicamentos Completos según necesidad.	<input checked="" type="checkbox"/>			
Melissa García				
Nombre profesional	Firma del profesional			