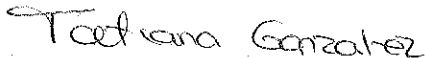

		LISTA DE CHEO PARA LA VERIFICACIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN SERVICIOS DOMICILIARIOS	
F-SD-0012	Versión 00	Fecha de Emisión: 2015-04 -01	Página 1 de 1

DATOS DEL PACIENTE	
NO. DOCUMENTO	1141316485
APELLIDOS Y NOMBRES	MUÑOZ PERAZA NIKOL MARIANA

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

 Nombre profesional	 Firma del profesional
---	---