



**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

20507256

APELLIDOS Y NOMBRES

Lenida Estigarribia

Criterio	Cumple	No cumple	No aplica	observaciones
1. Accesibilidad al domicilio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Presencia de servicios públicos: Acueducto, alcantarillado, energía y telefonía.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Nevera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Baño	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Firma Consentimiento Informado.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Valoración del domicilio.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Fotocopia del documentos de identidad.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Fotocopia de Canet de la EPS	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Cancelación de copagos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ampero Gonzalez
Nombre profesional

Carla Aleg
Firma del profesional