



F-SD-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

NO. DOCUMENTO

2014-7738

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS Y NOMBRES

Ramirez de Rivas Carmen ROSA

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Fotocopia del documentos de Identidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Fotocopia de Canel de la EPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Cancelación de copagos	<input 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Plan de manejo definido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Estabilidad Hemodinámica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Presencia de cuidador idóneo permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Oxígeno, Insumos y Medicamentos Completos según necesidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angie Samimiento O.	Celia Angélica Samimiento Ortiz Terapeuta Ocupacional, Esp. en Educación, Educación Especial e Inclusión Social UDES - RR-000126 Profesional			
Nombre profesional				