



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 1032439747

APELLIDOS Y NOMBRES Jonathan Steven Ortiz Castro

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.				
6. Firma Consentimiento Informado.	<input checked="" type="checkbox"/>			
7. Valoración del domicilio.				
8. Valoración de ingreso con el respectivo plan de tratamiento.				
9. Fotocopia del documentos de identidad.				
10. Fotocopia de Canet de la EPS				
11. Cancelación de copagos				
12. Firma del Manual Funciones de la (e) auxiliar de enfermería a nivel domiciliario en Emanuel 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.				

Melissa García  
Nombre profesional

  
Firma del profesional