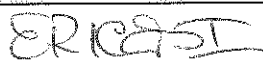
	LISTA DE CHEO PARA LA VERIFICACIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN SERVICIOS DOMICILIARIOS		
	F-SD-0012	Versión 00	Fecha de Emisión: 2015-04 -01

DATOS DEL PACIENTE				
NO. DOCUMENTO 20256-016				
APELLIDOS Y NOMBRES Dolores Farias Prieto				
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 Canet 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"/>	
Erica Y. Castillo Tones Nombre profesional		 Firma del profesional		