



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

42499350

APELLIDOS Y NOMBRES

Falo Peralta Bienes Catalina

| Criterio                                                                                                                     | Cumple | No cumple | No aplica | observaciones |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|-----------|---------------|
| 1. Accesibilidad al domicilio.                                                                                               | ✓      |           |           |               |
| 2. Presencia de servicios públicos: Acueducto, alcantarillado, energía y telefonía.                                          | ✓      |           |           |               |
| 3. Nevera                                                                                                                    | ✓      |           |           |               |
| 4. Baño                                                                                                                      | ✓      |           |           |               |
| 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.                                                                                           | ✓      |           |           |               |
| 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 (el) auxiliar de enfermería a nivel domiciliario en Emanuel IPS MN-SD-002               |        |           |           |               |

Linna Rojas

Nombre profesional

Linna Rojas

Firma del profesional