
	NOMBRE		CÓDIGO
	REQUISITOS INGRESO AL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA / PALIATIVO DOMICILIARIO		08-3-FT-005
TIPO DE DOCUMENTO	PROCESO		VERSIÓN 002
FORMATO	MISIONAL		

CHECK LIST (marcar la casilla con un ✓ en la celda correspondiente)

Nombre del paciente:										
Identificación del paciente:	RC		TI		CC		CE		N°:	Edad
Dirección de domicilio:								Municipio:		
Número de teléfono fijo o móvil										
Nombre del cuidador responsable:										
Tipo de transporte requerido: Medicalizado _____ Básico _____ otro _____										
Fecha: D ____ M ____ A ____ : hora: ____ : ____										
Aseguradora (EPS):										

ENTREVISTA PRE-INGRESO A PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA/PALIATIVO DOMICILIARIO

Chequeo	Cumple	No Cumple	No Aplica /Observaciones
Verificación de historia clínica y órdenes médicas			
Acceso a domicilio: evaluación a cobertura			
Acceso a servicios públicos: Acueducto, alcantarillado, energía y telefonía fija o móvil.			
Baño			
Área para almacenamiento de residuos generados en la atención de salud, para luego ser transportados a la sede de la IPS.			
Nevera; en caso de que los medicamentos requeridos por el paciente exijan que sea conservada la cadena de frío.			
Cuidador acompañante o responsable permanente del paciente mayor de edad.			
Consentimiento informado de aceptación de ingreso al programa.			

	NOMBRE		CÓDIGO
	REQUISITOS INGRESO AL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA / PALIATIVO DOMICILIARIO		08-3-FT-005
	TIPO DE DOCUMENTO	PROCESO	VERSIÓN 002
	FORMATO	MISIONAL	

VERIFICACION DE CONDICIONES DE VIVIENDA (primera visita por auxiliar)

Chequeo	Cumple	No Cumple	No Aplica /Observaciones
Acceso a servicios públicos: Acueducto, alcantarillado, energía y telefonía fija o móvil.			
Baño con lavamanos.			
Área para almacenamiento de residuos generados en la atención de salud, para luego ser transportados a la sede de la IPS.			
Nevera; en caso de que los medicamentos requeridos por el paciente exijan que sea conservada la cadena de frío.			
Cuidador acompañante o responsable permanente del paciente mayor de edad.			
Observaciones:			
Cumple con condiciones para ingreso al programa:	Si	No	

FIRMA ENTREVISTA ENFERMERA/AUX

FIRMA DEL PACIENTE/ACOMPañANTE