Secretaria Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Salud Pública
Anexo verificación condiciones de salud de residentes en hogares geriatricos, gerontologicos y centros día

Acta Número

E.S.E.: _____ Fecha: DD MM AAAA

Nombre Comercial: _____ Unidad de Servicios de Salud _____

Tipo de Afiliación	# de usuarios	Observaciones
Contributivo		
Subsidiado		
Regimen especial		
Otro		

Patología	# de usuarios	Tratamientos SI/NO	¿Cuál?	Observaciones
Enfermedades trasmisibles				
Hepatitis				
Tuberculosis				
SIFILIS				
VIH				

Enfermedades Crónicas	# de usuarios	Tratamientos SI/NO	¿Cuál?					Observaciones
			Insulinode-pendiente	Oxigenore-quiriente	Dialisis	Tratamien-to Via Oral	Otro	
Hipertención								
Diabetes Mellitus								
EPOC								
Cáncer								
Enfermedad Renal								

Enfermedades Mentales o trastornos	# de usuarios	Tratamientos SI/NO	¿Cuál?	Observaciones
Demencias				
Alzheimer				
TAB				
Esquizofrenia				

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Procedimientos de Manejo en el adulto mayor	# de usuarios	Tratamientos SI/NO	¿Cuál?	Observaciones
Sonda Vesical				
Cateterismo Vesical				
Cistostomía				
Urostomía				
Sonda Gasonástrica				
Gastrostomía				
Coleostomía				
Traqueostomía				
Úlceras /Escaras				

Valor Nutricional	Clasificación: IMC	# de usuarios	Tratamientos SI/NO	¿Cuál?	Observaciones
Desnutrición	17.0 a 18.4				
Bajo peso	18.5 a 24.9				
Normal	25.0 a 29.9				
Sobrepeso	25.0 a 29.9				
Obesidad I	30.0 a 34.9				
Obesidad II	35.0 a 39.9				

Grupos Etáreos							
Número de personas dependientes	Número de personas funcionales.	Mujeres < 60 años de edad	Mujeres > 60 años de edad	Hombres < 60 años de edad	Hombres > 60 años de edad	Total	Observaciones

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Observaciones por parte de la autoridad sanitaria: _____

Observaciones por parte de la persona que atiende la inspección: _____

Para constancia, previa lectura y ratificación del contenido de la presente acta, firman los colaboradores y personas que realizaron la presente diligencia

POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA	POR PARTE DE LA AUTORIDAD SANITARIA
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento:	Tipo de documento:
Número de documento:	Número de documento:
Profesión u oficio:	Profesión u oficio:
Firma:	Firma:
POR PARTE DEL ESTABLECIMIENTO	**TESTIGO**
Nombre:	Nombre:
Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐	Tipo de documento: C.C.☐ C.E.☐ NIT☐ PEP☐ PS☐ PTP☐
Número de documento:	Número de documento:
Cargo: Representante legal☐ Propietario☐ Encargado☐	Firma:
Firma:	

Impresión: Secretaría General - Subdirección Imprenta Distrital

NOTA 1: "La Adulteración, el uso fraudulento, el suministro y consignación de información falsa, registrada en el presente documento o sus anexos, acarreara las responsabilidades de ley, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 286 y ss. del Código Penal Colombiano y Ley 734 de 2002 Código Único Disciplinario"

Cra 32 No. 12-81
Tel.: 364 9090
www.saludcapital.gov.co

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ