EL CAMBIO AVANZA

SECRETARIA SALUD - DIRRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FORMATO PLAN DE CUIDADO INTEGRAL

Fecha: 3-11-2023 | Barrio: GRANADA I | Territorio: HOGARES | Direccion de la vivienda: CLL 19B 10B AP 504 | Telefono: 3104415234

Nombre Usuario: ASTRID CAROLINA SANCHEZ | RC: TI: CC:X OTRO: N° 1033788735 | Edad: 27 AÑOS

NOMBRE Y PERFIL DEL QUE REALIZA LA VISITA: YEINI JIMENEZ - ENFERMERA

VISITA INICIAL

PATRÓN ALTERADO O INTERFERIDO	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	PLAN DE ACCIÓN	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA	FIRMA DE QUIEN RECIBE LA VISITA
PATRÓN: PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD.	SE REALIZA VISITA EN SU DOMICILIO A FEMENINA DE 27 AÑOS DE EDAD EN CICLO VITAL JUVENTUD, QUIEN REFIERE SU NÚCLEO FAM CONFORMADO POR 5 PERSONAS DE LAS CUALES EL ESPOSO NO ACEPTA ESE TIPO DE INTERVENCIONES Y POR ESO NO SABE, LOS OTROS 3 NO SE ENCUENTRAN PRESENTES EN LA ACTUALIDAD SE ENCUENTRA GESTANTE POR ANTECEDENTES DE QUEMADURA EN ANTEBRAZO DERECHO CON APTITE CALLETOTE EL 3 DE NOVIEMBRE DEL PRESENTE AÑO MANIFIESTA ASISTIÓ POR URGENCIAS AL HOSPITAL SIMON BOLIVAR, PRESENTÓ PENDIENTE CITAS CON ORTOPEDIA, SE VALORÓ POR CITOLOGIA NUNCA SE HA HECHO, CON PERCEPCIÓN A FORMULA OBSTETRICA 60 KG 1.70 M, NIEGA ANTECEDENTES FAMILIARES, GLICEMIA PRE: 90MG/DL TALLA: 1.70M FA: 22 IMC: 19.53 PESO IDEAL.	NIEGA QUEME HACE UNOS DÍAS Y NO SE HAN DADO CITA NUEVAMENTE	SE DIALOGA CON USUARIA Y SE DAN RECOMENDACIONES NO TOCAR NI RASPIGUE LA HERIDA, NO USE LOCIONES, NI CUALQUIER OTRO PRODUCTO PARA EL CUIDADO DE LA PIEL EN LA HERIDA. UTILIZAR SOLO LO INDICADO POR EL MEDICO, MANTENER LA HERIDA LIMPIA Y SECA PARA CONTRIBUIR AL PROCESO DE CICATRIZACION, NO UTILIZAR VENDAJES, NO BRUSQUEE LA LESION CON AGUA Y JABON EXISTE RIESGO QUE LA HERIDA SE MOJE Y SE NOTE DETERIORADO, NO MANIPULARLE LA HERIDA SE EVIDENCIA SIGNOS DE ALARMA: FIEBRE, SI LA ZONA QUE TODA A LA HERIDA ESTA CADA VEZ MAS ENROJECIDA, PRESENCIA DE PUS, OLOR. PARA EL RESTO DE LA GESTACIÓN SE RECOMIENDA CITAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	DIAGNOSTICO: RIESGO DE INFECCION ASOCIADO CON: DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA. EVIDENCIADO POR LESION EN LA PIEL	

Powered by CamScanner

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Visita Entorno Hogar del perfil de enfermería

PIC (Plan de intervenciones colectivas)

Fecha:AA 2023 **Mes** 11 **Día** 8

Yo Astrid Cardina Sanchez identificado (a) con cédula de ciudadanía número 1033788735 de Bogotá D.C en pleno uso de mis facultades manifiesto mi participación voluntaria en el acompañamiento del perfil de enfermería del PIC (plan de intervenciones colectivas) en el marco de Contrato interadministrativo número 1873-2023, celebrado entre la Empresa Social Del Estado Región Salud Soacha y la Secretaria de Salud del Municipio de Soacha Cundinamarca.

Declaro que he recibido la información pertinente y completa acerca de mi estado de salud y recomendaciones a seguir por parte de la enfermera del PIC.

Adicionalmente manifiesto que:

1. Acepto la visita realizada en mi hogar de manera voluntaria, declarando que la información que le brindó a la profesional de enfermería es verdad y corresponde a mi realidad, ya que sobre dicha información se realiza mi plan de cuidado.
2. He leído y comprendido en su totalidad y acepto lo anteriormente mencionado.

Cardina

Firma Usuario
Cedula 1033788735
Teléfono 320 4475034
Dirección Torre 08-504

Firma de Profesional
Tarjeta profesional

Powered by CamScanner