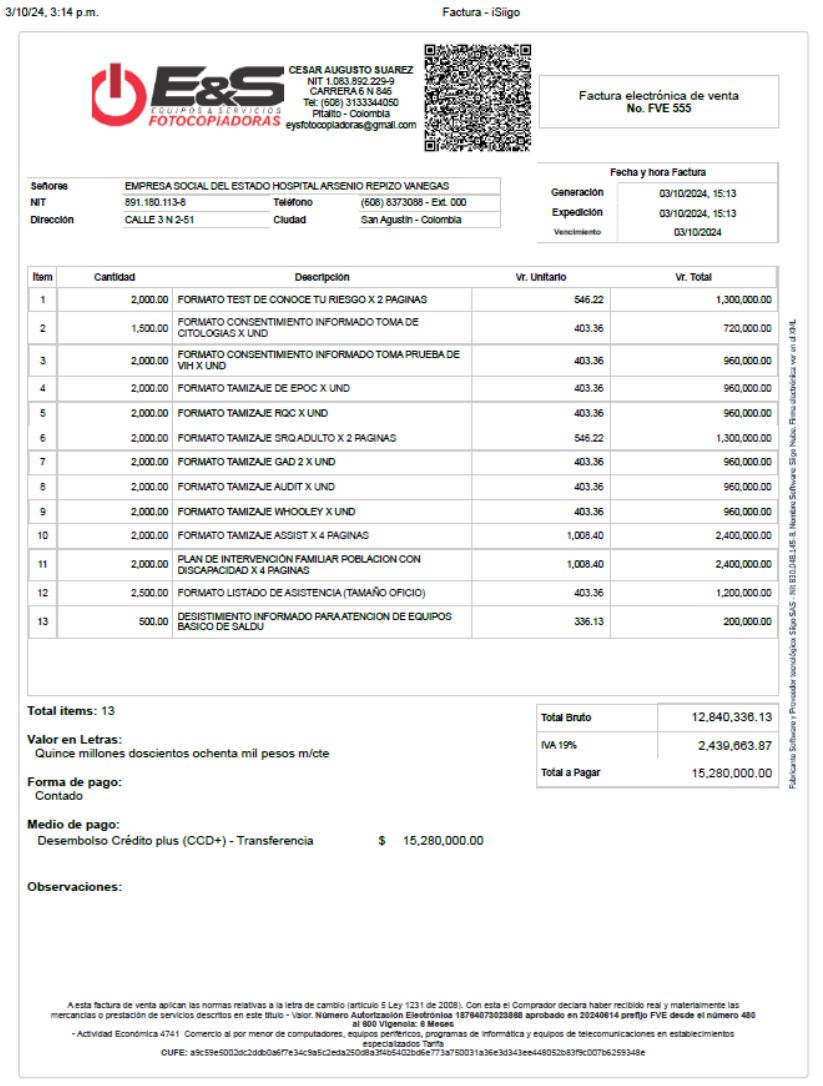
Pitalito 03 octubre de 2024

ESE HOSPITAL ARSENIO REPIZO VANEGAS
GERENTE: ANGIE LORENA GASCA OME
NIT.891180113-8
SAN AGUSTÌN - HUILA

FACTURA



3/10/24, 3:14 p.m. Factura - iSiigo

CESAR AUGUSTO SUAREZ
NIT 1.083.892.229-9
CARRERA 6 N 846
Tel: (608) 3133344050
Pitalito - Colombia
eysfotocopiadoras@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FVE 555

Señores	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL ARSENIO REPIZO VANEGAS		
NIT	891.180.113-8	Teléfono	(608) 8373088 - Ext. 000
Dirección	CALLE 3 N 2-51	Ciudad	San Agustin - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	03/10/2024, 15:13
Expedición	03/10/2024, 15:13
Vencimiento	03/10/2024

Ítem	Cantidad	Descripción	Vr. Unitario	Vr. Total
1	2,000.00	FORMATO TEST DE CONOCE TU RIESGO X 2 PAGINAS	546.22	1,300,000.00
2	1,500.00	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE CITOLOGIAS X UND	403.36	720,000.00
3	2,000.00	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA PRUEBA DE VIH X UND	403.36	960,000.00
4	2,000.00	FORMATO TAMIZAJE DE EPOC X UND	403.36	960,000.00
5	2,000.00	FORMATO TAMIZAJE RQC X UND	403.36	960,000.00
6	2,000.00	FORMATO TAMIZAJE SRQ ADULTO X 2 PAGINAS	546.22	1,300,000.00
7	2,000.00	FORMATO TAMIZAJE GAD 2 X UND	403.36	960,000.00
8	2,000.00	FORMATO TAMIZAJE AUDIT X UND	403.36	960,000.00
9	2,000.00	FORMATO TAMIZAJE WHOOLEY X UND	403.36	960,000.00
10	2,000.00	FORMATO TAMIZAJE ASSIST X 4 PAGINAS	1,008.40	2,400,000.00
11	2,000.00	PLAN DE INTERVENCIÓN FAMILIAR POBLACION CON DISCAPACIDAD X 4 PAGINAS	1,008.40	2,400,000.00
12	2,500.00	FORMATO LISTADO DE ASISTENCIA (TAMAÑO OFICIO)	403.36	1,200,000.00
13	500.00	DESISTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCION DE EQUIPOS BASICO DE SALOU	336.13	200,000.00

Total items: 13

Total Bruto	12,840,336.13
IVA 19%	2,439,663.87
Total a Pagar	15,280,000.00

Valor en Letras:
Quince millones doscientos ochenta mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 15,280,000.00

Observaciones:

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764073023888 aprobado en 20240814 prefijo FVE desde el número 480 al 600 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 4741 Comercio al por menor de computadores, equipos periféricos, programas de informática y equipos de telecomunicaciones en establecimientos especializados Tarifa
CUFE: a9c59e5002dc2ddb0a6f7e34c9a5c2eda250d8a3f4b5402bd6e773a750031a36e3d343ee448052b83f5c007b6259348e

Fabricante Software y Proveedor tecnológico Siigo SAS - Nit: 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

1/1

SEGURIDAD SOCIAL

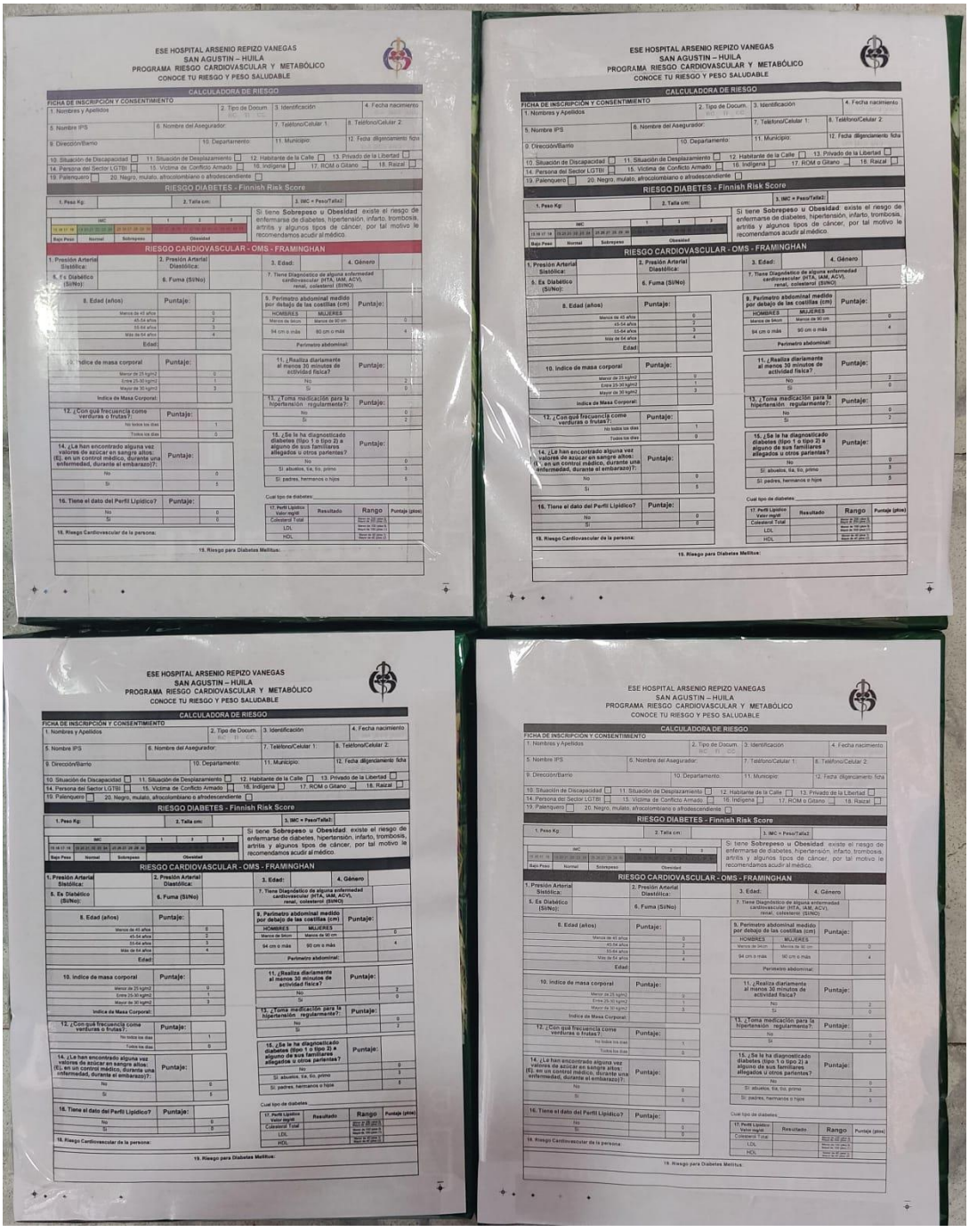
RAZÓN SOCIAL :	CESAR AUGUSTO SUAREZ CUBILLOS
IDENTIFICACIÓN:	CC-1083892229
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-09-30
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-09-30
FECHA DE PAGO:	2024-09-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-08
PERÍODO SALUD:	2024-08
NÚMERO PLANILLA:	30590369
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30590369
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 2.600	$ 162.500	$ 165.100
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 3.300	$ 208.000	$ 211.300
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 300	$ 13.600	$ 13.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 6.200	$ 384.100	$ 390.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	08/10/2024

EVIDENCIAS



ESE HOSPITAL ARSENIO REPIZO VANEGAS
SAN AGUSTIN – HUILA
PROGRAMA RIESGO CARDIOVASCULAR Y METABÓLICO
CONOCE TU RIESGO Y PESO SALUDABLE

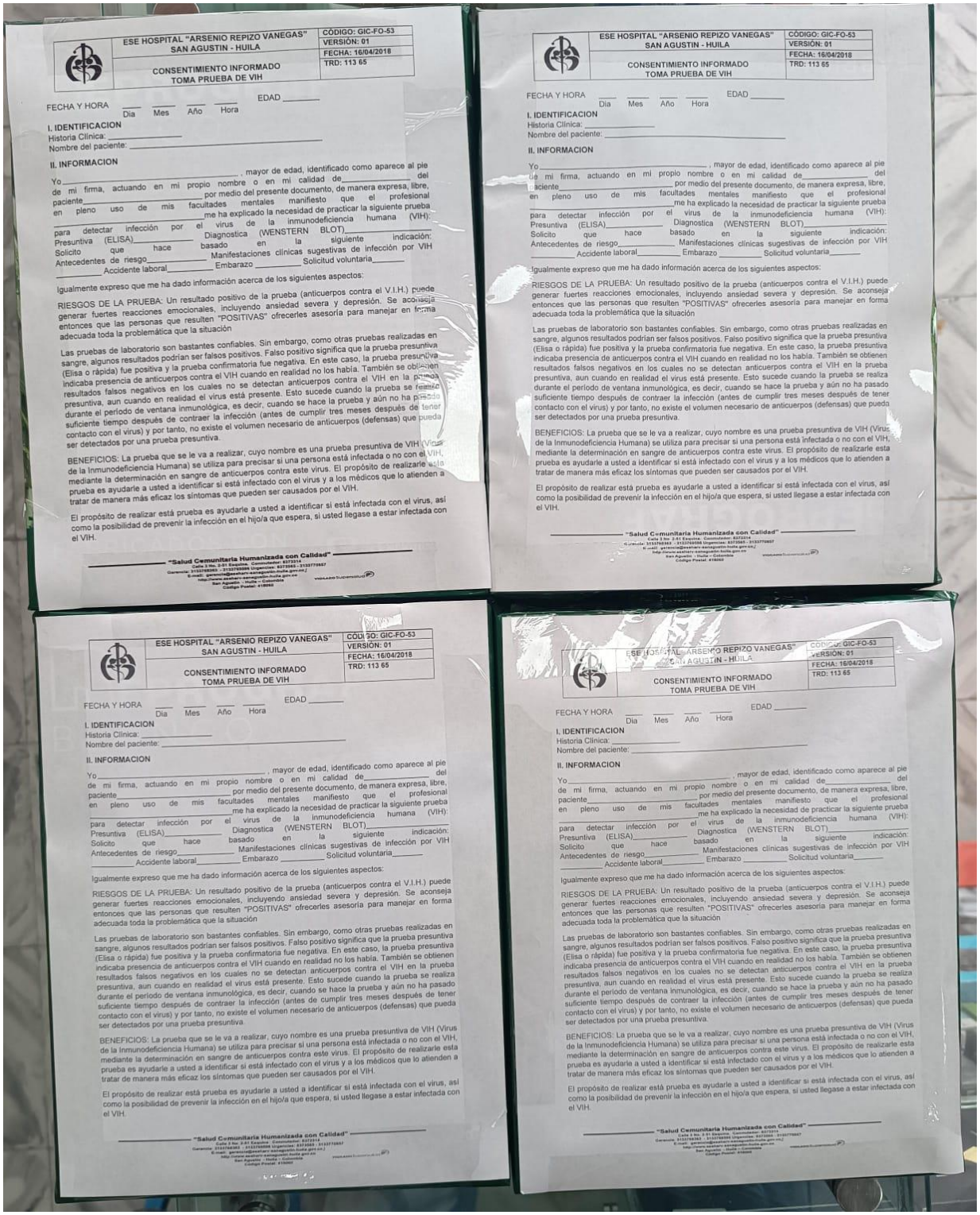
CALCULADORA DE RIESGO

FICHA DE INSCRIPCIÓN Y CONSENTIMIENTO

RIESGO DIABETES - Finnish Risk Score

RIESGO CARDIOVASCULAR - OMS - FRAMINGHAN

E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS



ESE HOSPITAL "ARSENIO REPIZO VANEGAS" SAN AGUSTIN - HUILA	CÓDIGO: GIC-FO-53
	VERSIÓN: 01
CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA PRUEBA DE VIH	FECHA: 16/04/2018
	TRD: 113 65

FECHA Y HORA ___ ___ ___ ___ EDAD _____
Dia Mes Año Hora

I. IDENTIFICACION
Historia Clínica: _____
Nombre del paciente: _____

II. INFORMACION

Yo_____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de_____ del paciente_____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto que el profesional _____me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): Presuntiva (ELISA)_____ Diagnostica (WENSTERN BLOT)_____ Solicito que hace basado en la siguiente indicación: Antecedentes de riesgo_____ Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____ Accidente laboral_____ Embarazo _____ Solicitud voluntaria_____

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos:

RIESGOS DE LA PRUEBA: Un resultado positivo de la prueba (anticuerpos contra el V.I.H.) puede generar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad severa y depresión. Se aconseja entonces que las personas que resulten "POSITIVAS" ofrecerles asesoría para manejar en forma adecuada toda la problemática que la situación

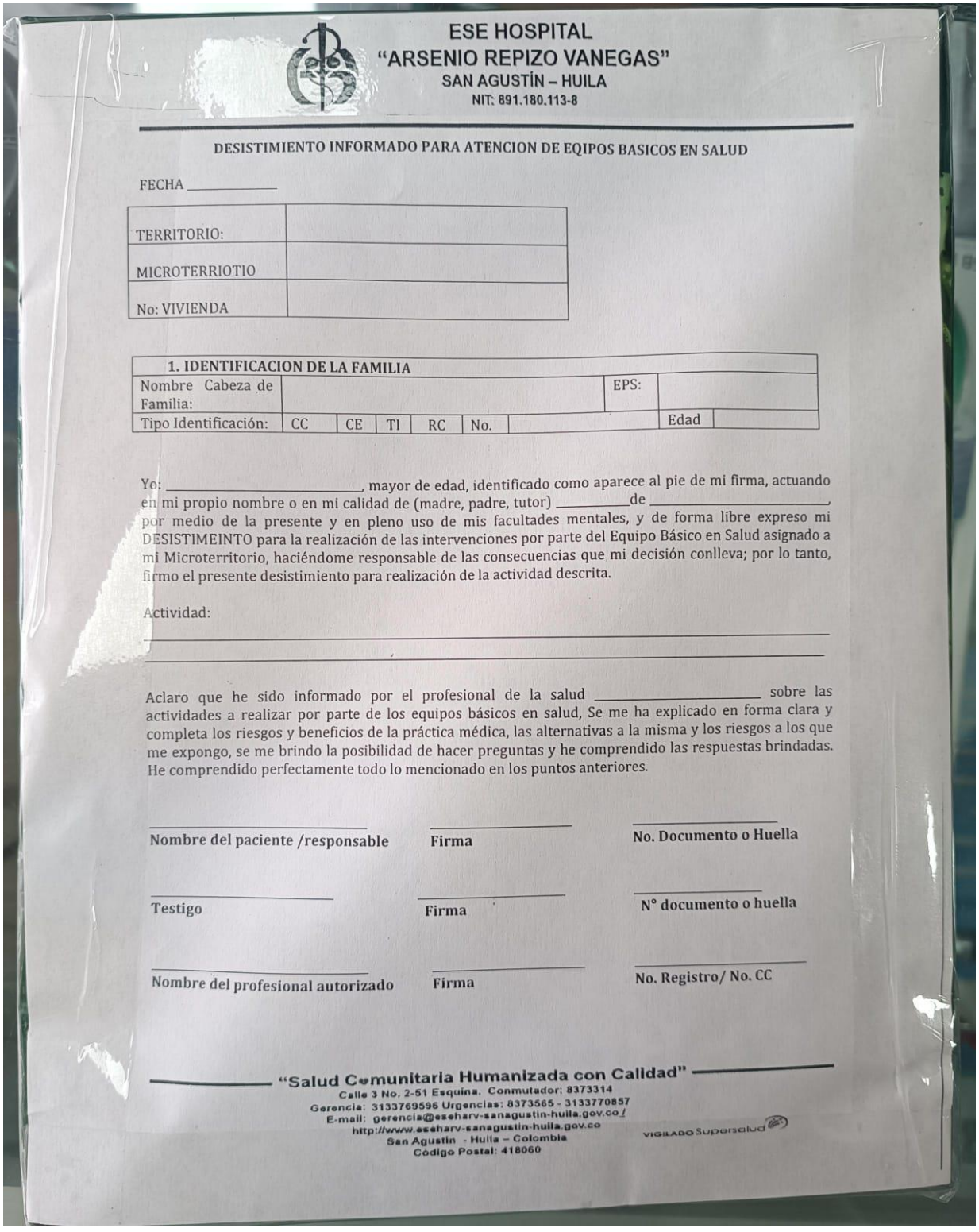
Las pruebas de laboratorio son bastantes confiables. Sin embargo, como otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser falsos positivos. Falso positivo significa que la prueba presuntiva (Elisa o rápida) fue positiva y la prueba confirmatoria fue negativa. En este caso, la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no los había. También se obtienen resultados falsos negativos en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva, aun cuando en realidad el virus está presente. Esto sucede cuando la prueba se realiza durante el período de ventana inmunológica, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de contraer la infección (antes de cumplir tres meses después de tener contacto con el virus) y por tanto, no existe el volumen necesario de anticuerpos (defensas) que pueda ser detectados por una prueba presuntiva.

BENEFICIOS: La prueba que se le va a realizar, cuyo nombre es una prueba presuntiva de VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con el VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus y a los médicos que lo atienden a tratar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

El propósito de realizar está prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectada con el virus, así como la posibilidad de prevenir la infección en el hijo/a que espera, si usted llegase a estar infectada con el VIH.

"Salud Comunitaria Humanizada con Calidad"
Calle 3 No. 2-01 Esquina. Conmutador: 8372314
Gerencia: 3133758363 - 3133770957 Urgencias: 8373565 - 3133770957
E-mail: gerencia@arsenio-vanegas.huila.gov.co
http://www.arsenio-vanegas.huila.gov.co
San Agustín - Huila – Colombia
Código Postal: 410502
VIGILADO SUPERSALUD

E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS



ESE HOSPITAL
"ARSENIO REPIZO VANEGAS"
SAN AGUSTÍN – HUILA
NIT: 891.180.113-8

DESISTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCION DE EQIPOS BASICOS EN SALUD

FECHA _____

TERRITORIO:	
MICROTERRIOTIO	
No: VIVIENDA	

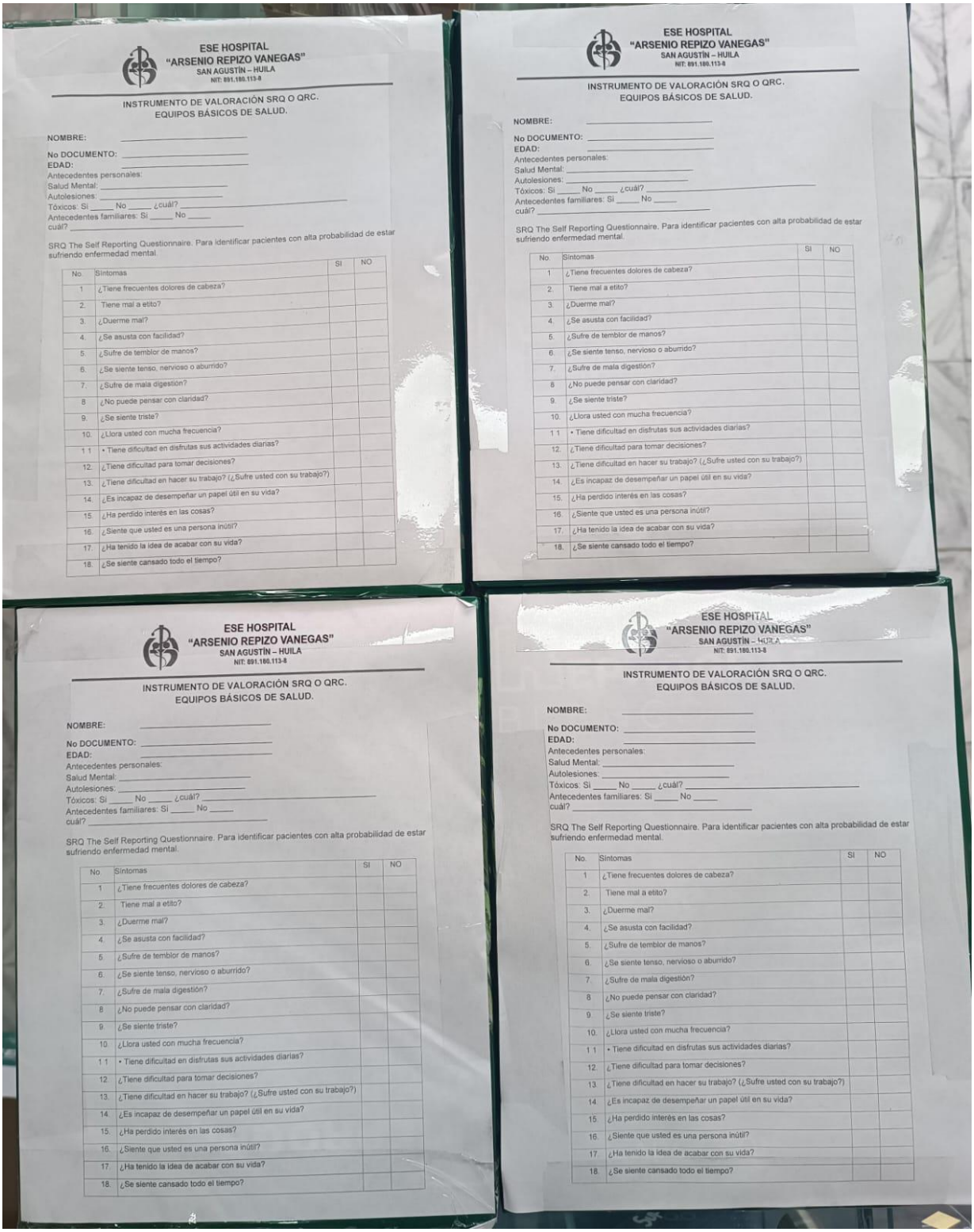
1. IDENTIFICACION DE LA FAMILIA								
Nombre Cabeza de Familia:							EPS:	
Tipo Identificación:	CC	CE	TI	RC	No.		Edad	

Yo: _____, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de (madre, padre, tutor) _____de _____, por medio de la presente y en pleno uso de mis facultades mentales, y de forma libre expreso mi DESISTIMEINTO para la realización de las intervenciones por parte del Equipo Básico en Salud asignado a mi Microterritorio, haciéndome responsable de las consecuencias que mi decisión conlleva; por lo tanto, firmo el presente desistimiento para realización de la actividad descrita.

Actividad:
_____
_____

Aclaro que he sido informado por el profesional de la salud _____ sobre las actividades a realizar por parte de los equipos básicos en salud, Se me ha explicado en forma clara y completa los riesgos y beneficios de la práctica médica, las alternativas a la misma y los riesgos a los que me expongo, se me brindo la posibilidad de hacer preguntas y he comprendido las respuestas brindadas. He comprendido perfectamente todo lo mencionado en los puntos anteriores.

Nombre del paciente /responsable	**Firma**	**No. Documento o Huella**
Testigo	**Firma**	**N° documento o huella**
Nombre del profesional autorizado	**Firma**	**No. Registro/ No. CC**



ESE HOSPITAL
"ARSENIO REPIZO VANEGAS"
SAN AGUSTÍN – HUILA
NIT: 891.180.113-8

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN SRQ O QRC.
EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD.

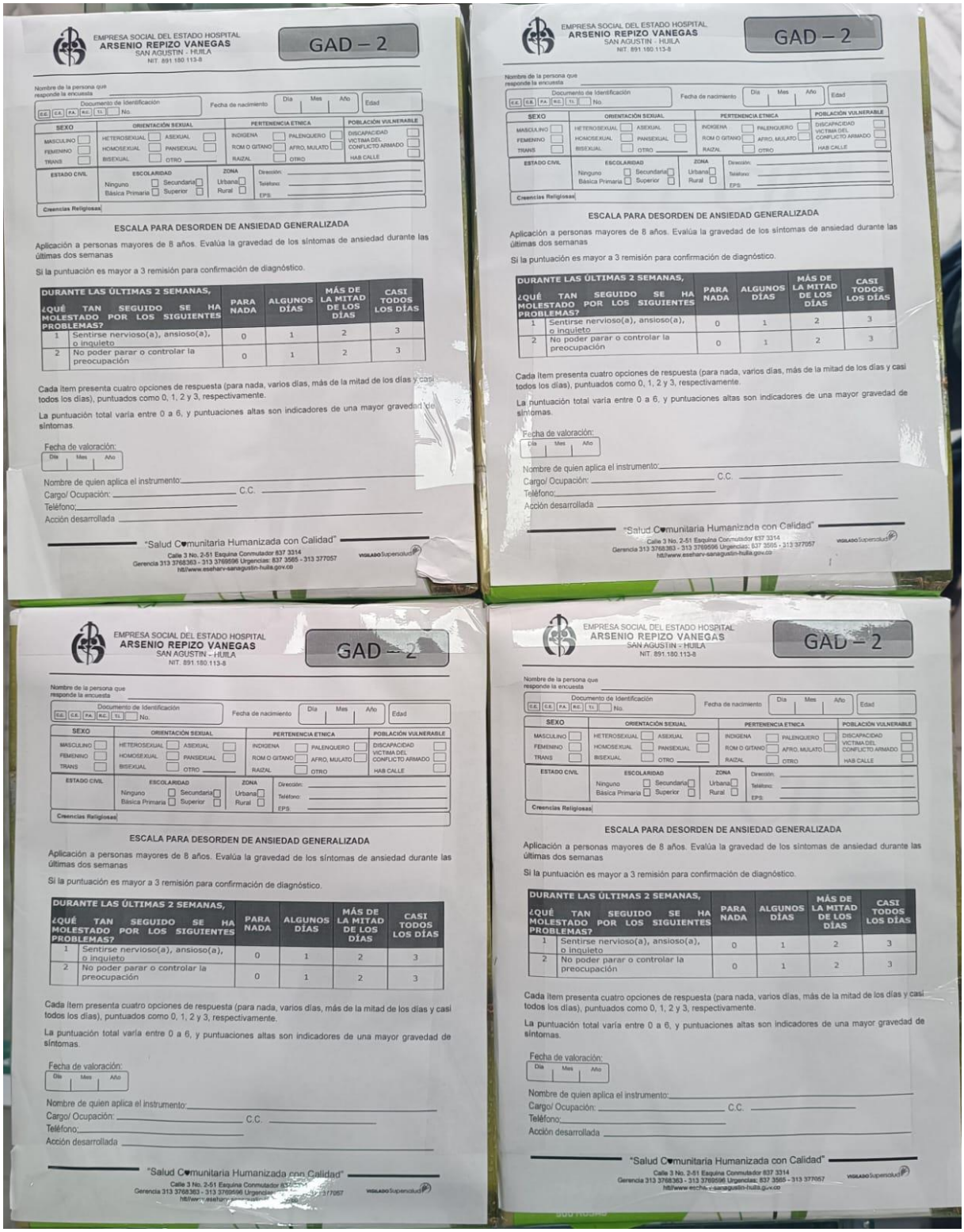
NOMBRE: _____

No DOCUMENTO: _____
EDAD: _____
Antecedentes personales:
Salud Mental: _____
Autolesiones: _____
Tóxicos: Si _____ No _____ ¿cuál? _____
Antecedentes familiares: Si _____ No _____
cuál? _____

SRQ The Self Reporting Questionnaire. Para identificar pacientes con alta probabilidad de estar sufriendo enfermedad mental.

No.	Síntomas	SI	NO
1.	¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2.	Tiene mal a etito?		
3.	¿Duerme mal?		
4.	¿Se asusta con facilidad?		
5.	¿Sufre de temblor de manos?		
6.	¿Se siente tenso, nervioso o aburrido?		
7.	¿Sufre de mala digestión?		
8.	¿No puede pensar con claridad?		
9.	¿Se siente triste?		
10.	¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11.	• Tiene dificultad en disfrutas sus actividades diarias?		
12.	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13.	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre usted con su trabajo?)		
14.	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15.	¿Ha perdido interés en las cosas?		
16.	¿Siente que usted es una persona inútil?		
17.	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18.	¿Se siente cansado todo el tiempo?		

E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
ARSENIO REPIZO VANEGAS
SAN AGUSTIN - HUILA
NIT. 891.180.113-8

GAD – 2

Nombre de la persona que responde la encuesta

Documento de Identificación: C.C. C.E. P.A. R.C. T.I. No.

Fecha de nacimiento: Día Mes Año

Edad

SEXO	ORIENTACIÓN SEXUAL		PERTENENCIA ETNICA		POBLACIÓN VULNERABLE	
MASCULINO	HETEROSEXUAL	ASEXUAL	INDIGENA	PALENQUERO	DISCAPACIDAD	
FEMENINO	HOMOSEXUAL	PANSEXUAL	ROM O GITANO	AFRO, MULATO	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO	
TRANS	BISEXUAL	OTRO	RAIZAL	OTRO	HAB CALLE	

ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	ZONA	
	Ninguno / Básica Primaria / Secundaria / Superior	Urbana / Rural	Dirección: Teléfono: EPS:

Creencias Religiosas

ESCALA PARA DESORDEN DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Aplicación a personas mayores de 8 años. Evalúa la gravedad de los síntomas de ansiedad durante las últimas dos semanas

Si la puntuación es mayor a 3 remisión para confirmación de diagnóstico.

DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, ¿QUÉ TAN SEGUIDO SE HA MOLESTADO POR LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?		PARA NADA	ALGUNOS DÍAS	MÁS DE LA MITAD DE LOS DÍAS	CASI TODOS LOS DÍAS
1	Sentirse nervioso(a), ansioso(a), o inquieto	0	1	2	3
2	No poder parar o controlar la preocupación	0	1	2	3

Cada ítem presenta cuatro opciones de respuesta (para nada, varios días, más de la mitad de los días y casi todos los días), puntuados como 0, 1, 2 y 3, respectivamente.

La puntuación total varía entre 0 a 6, y puntuaciones altas son indicadores de una mayor gravedad de síntomas.

Fecha de valoración: Día Mes Año

Nombre de quien aplica el instrumento:

Cargo/ Ocupación: C.C.

Teléfono:

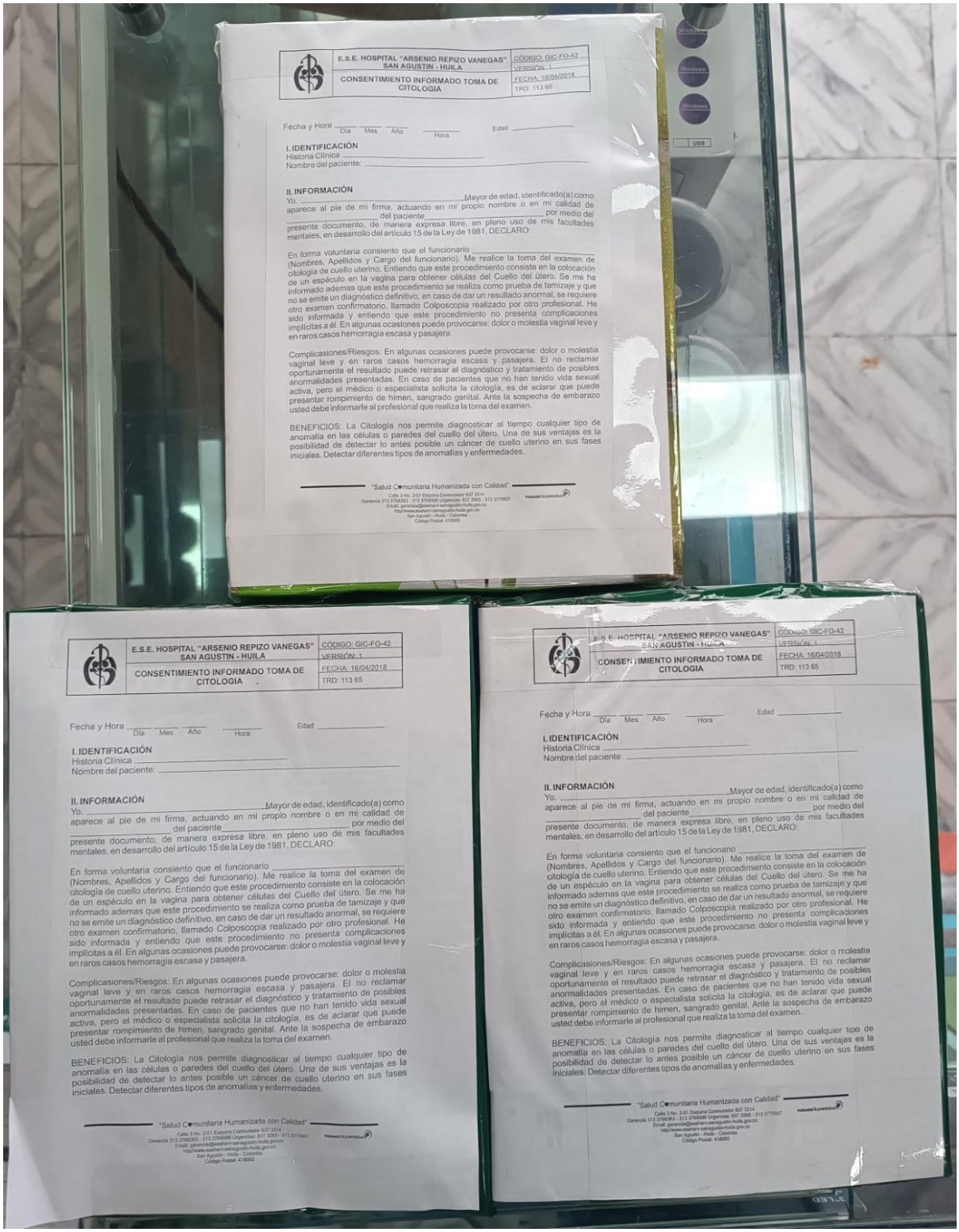
Acción desarrollada

"Salud Comunitaria Humanizada con Calidad"

Calle 3 No. 2-51 Esquina Conmutador 837 3314
Gerencia 313 3768363 - 313 3769596 Urgencias: 837 3595 - 313 377057
http://www.esehary-sanagustin-huila.gov.co

VIGILADO Supersalud

E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS



E.S.E. HOSPITAL "ARSENIO REPIZO VANEGAS" SAN AGUSTIN - HUILA | CÓDIGO: GIC-FO-42 | VERSIÓN: 1 | FECHA: 16/04/2018 | TRD: 113 65

CONSENTIMIENTO INFORMADO TOMA DE CITOLOGIA

Fecha y Hora ___ Día ___ Mes ___ Año ___ Hora ___ Edad ___

I. IDENTIFICACIÓN
Historia Clínica ___
Nombre del paciente: ___

II. INFORMACIÓN
Yo. ___ Mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de ___ del paciente ___ por medio del presente documento, de manera expresa libre, en pleno uso de mis facultades mentales, en desarrollo del artículo 15 de la Ley de 1981, DECLARO:

En forma voluntaria consiento que el funcionario ___ (Nombres, Apellidos y Cargo del funcionario). Me realice la toma del examen de citología de cuello uterino. Entiendo que este procedimiento consiste en la colocación de un espéculo en la vagina para obtener células del Cuello del útero. Se me ha informado ademas que este procedimiento se realiza como prueba de tamizaje y que no se emite un diagnóstico definitivo, en caso de dar un resultado anormal, se requiere otro examen confirmatorio, llamado Colposcopia realizado por otro profesional. He sido informada y entiendo que este procedimiento no presenta complicaciones implícitas a él. En algunas ocasiones puede provocarse: dolor o molestia vaginal leve y en raros casos hemorragia escasa y pasajera.

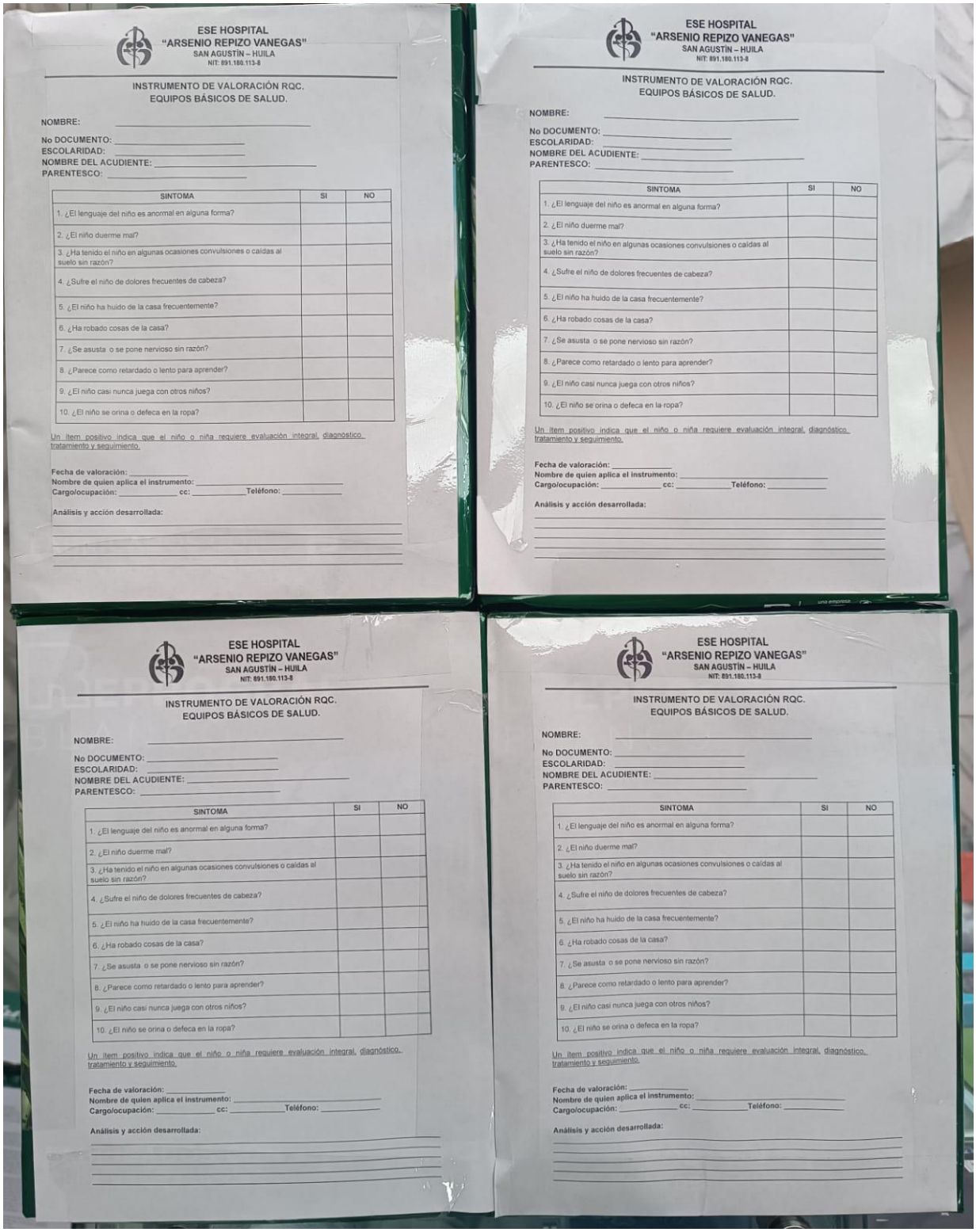
Complicasiones/Riesgos: En algunas ocasiones puede provocarse: dolor o molestia vaginal leve y en raros casos hemorragia escasa y pasajera. El no reclamar oportunamente el resultado puede retrasar el diagnóstico y tratamiento de posibles anormalidades presentadas. En caso de pacientes que no han tenido vida sexual activa, pero el médico o especialista solicita la citología, es de aclarar que puede presentar rompimiento de himen, sangrado genital. Ante la sospecha de embarazo usted debe informarle al profesional que realiza la toma del examen.

BENEFICIOS: La Citología nos permite diagnosticar al tiempo cualquier tipo de anomalía en las células o paredes del cuello del útero. Una de sus ventajas es la posibilidad de detectar lo antes posible un cáncer de cuello uterino en sus fases iniciales. Detectar diferentes tipos de anomalías y enfermedades.

"Salud Comunitaria Humanizada con Calidad"

Calle 3 No. 2-51 Esquina Conmutador 837 3314
Gerencia 313 3768363 - 313 3769596 Urgencias: 837 3565 - 313 3770857
Email: gerencia@esehary-sanagustin-huila.gov.co
http://www.esehary-sanagustin-huila.gov.co
San Agustín - Huila - Colombia
Código Postal: 418060

E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS



ESE HOSPITAL
"ARSENIO REPIZO VANEGAS"
SAN AGUSTÍN – HUILA
NIT: 891.180.113-8

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN RQC.
EQUIPOS BÁSICOS DE SALUD.

NOMBRE: _____

No DOCUMENTO: _____
ESCOLARIDAD: _____
NOMBRE DEL ACUDIENTE: _____
PARENTESCO: _____

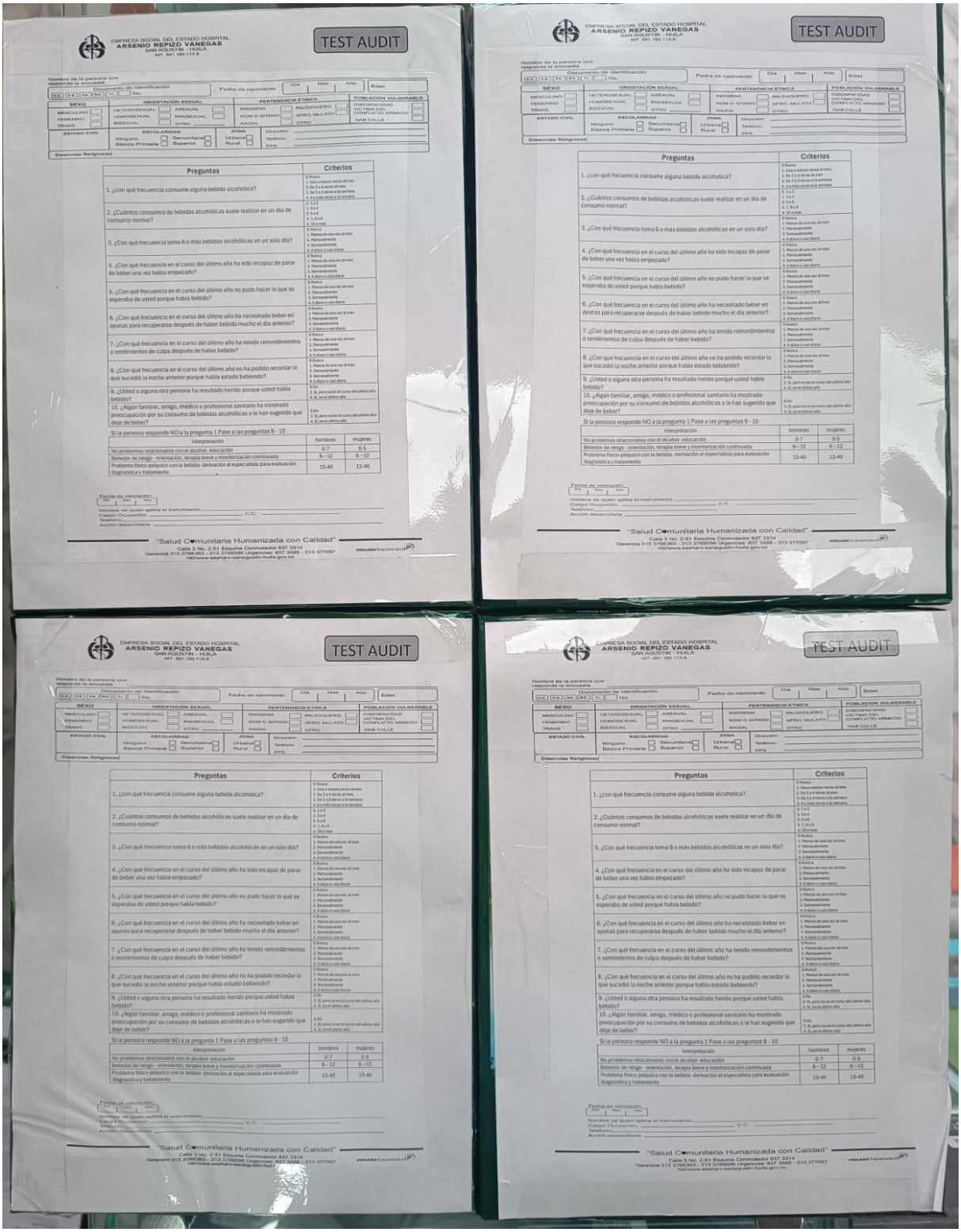
SINTOMA	SI	NO
1. ¿El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?		
2. ¿El niño duerme mal?		
3. ¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?		
4. ¿Sufre el niño de dolores frecuentes de cabeza?		
5. ¿El niño ha huido de la casa frecuentemente?		
6. ¿Ha robado cosas de la casa?		
7. ¿Se asusta o se pone nervioso sin razón?		
8. ¿Parece como retardado o lento para aprender?		
9. ¿El niño casi nunca juega con otros niños?		
10. ¿El niño se orina o defeca en la ropa?		

Un ítem positivo indica que el niño o niña requiere evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Fecha de valoración: _____
Nombre de quien aplica el instrumento: _____
Cargo/ocupación: _____ cc: _____ Teléfono: _____

Análisis y acción desarrollada:

E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
ARSENIO REPIZO VANEGAS
SAN AGUSTIN - HUILA
NIT: 891 180 113-8

TEST AUDIT

Nombre de la persona que responde la encuesta

Documento de Identificación: CC / CE / PA / RC / TI / No.

Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año

Edad

SEXO: MASCULINO, FEMENINO, TRANS

ORIENTACIÓN SEXUAL: HETEROSEXUAL, HOMOSEXUAL, BISEXUAL, ASEXUAL, PANSEXUAL, OTRO

PERTENENCIA ETNICA: INDIGENA, ROM O GITANO, RAIZAL, PALENQUERO, AFRO, MULATO, OTRO

POBLACIÓN VULNERABLE: DISCAPACIDAD, VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO, HAB CALLE

ESTADO CIVIL

ESCOLARIDAD: Ninguno, Básica Primaria, Secundaria, Superior

ZONA: Urbana, Rural

Ocupación

Teléfono:

EPS:

Creencias Religiosas

Preguntas	Criterios
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0.Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. 4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántos consumos de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0. 1 o 2 1. 3 o 4 2. 5 o 6 3. 7, 8 o 9 4. 10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	0.Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0.Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0.Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0.Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0.Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0.Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	0.No 2. Si, pero no en el curso del último año 4. Si, en el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	0.No 2. Si, pero no en el curso del último año 4. Si, en el último año

Si la persona responde NO a la pregunta 1 Pase a las preguntas 9 - 10

Interpretación	hombres	mujeres
No problemas relacionados con el alcohol- educación	0-7	0-5
Bebedor de riesgo - orientación, terapia breve y monitorización continuada	8 – 12	6 – 12
Problema físico-psíquico con la bebida- derivación al especialista para evaluación diagnostica y tratamiento	13-40	13-40

Fecha de valoración: Día / Mes / Año

Nombre de quien aplica el instrumento: C.C.

Cargo/ Ocupación:

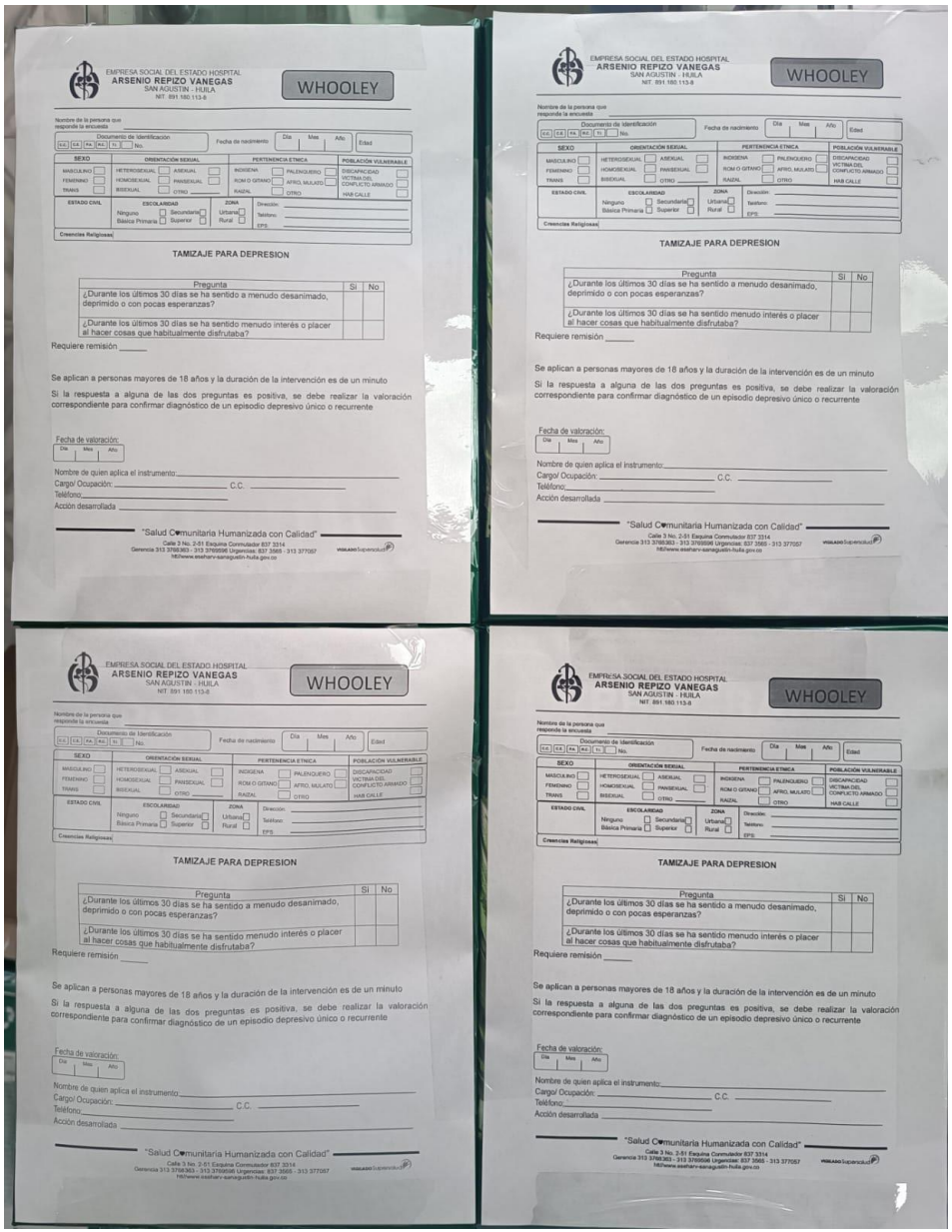
Teléfono:

Acción desarrollada:

"Salud Comunitaria Humanizada con Calidad"

Calle 3 No. 2-51 Esquina Conmutador 837 3314
Gerencia 313 3768363 - 313 3769596 Urgencias: 837 3565 - 313 377057
http://www.esehare-samagualdn-huila.gov.co

VIGILADO Supersalud



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
ARSENIO REPIZO VANEGAS
SAN AGUSTIN - HUILA
NIT. 891.180.113-8

WHOOLEY

Nombre de la persona que responde la encuesta

Documento de Identificación: C.C. C.E. P.A. R.C. T.I. No.

Fecha de nacimiento: Día Mes Año

Edad

SEXO	ORIENTACIÓN SEXUAL	PERTENENCIA ETNICA	POBLACIÓN VULNERABLE
MASCULINO	HETEROSEXUAL ASEXUAL	INDIGENA PALENQUERO	DISCAPACIDAD
FEMENINO	HOMOSEXUAL PANSEXUAL	ROM O GITANO AFRO, MULATO	VICTIMA DEL CONFLICTO ARMADO
TRANS	BISEXUAL OTRO	RAIZAL OTRO	HAB CALLE

ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	ZONA	
	Ninguno Secundaria	Urbana	Dirección:
	Básica Primaria Superior	Rural	Teléfono:
			EPS:

Creencias Religiosas

TAMIZAJE PARA DEPRESION

Pregunta	SI	No
¿Durante los últimos 30 días se ha sentido a menudo desanimado, deprimido o con pocas esperanzas?		
¿Durante los últimos 30 días se ha sentido menudo interés o placer al hacer cosas que habitualmente disfrutaba?		

Requiere remisión _____

Se aplican a personas mayores de 18 años y la duración de la intervención es de un minuto

Si la respuesta a alguna de las dos preguntas es positiva, se debe realizar la valoración correspondiente para confirmar diagnóstico de un episodio depresivo único o recurrente

Fecha de valoración:
Día Mes Año

Nombre de quien aplica el instrumento: _____
Cargo/ Ocupación: _____ C.C. _____
Teléfono: _____
Acción desarrollada _____

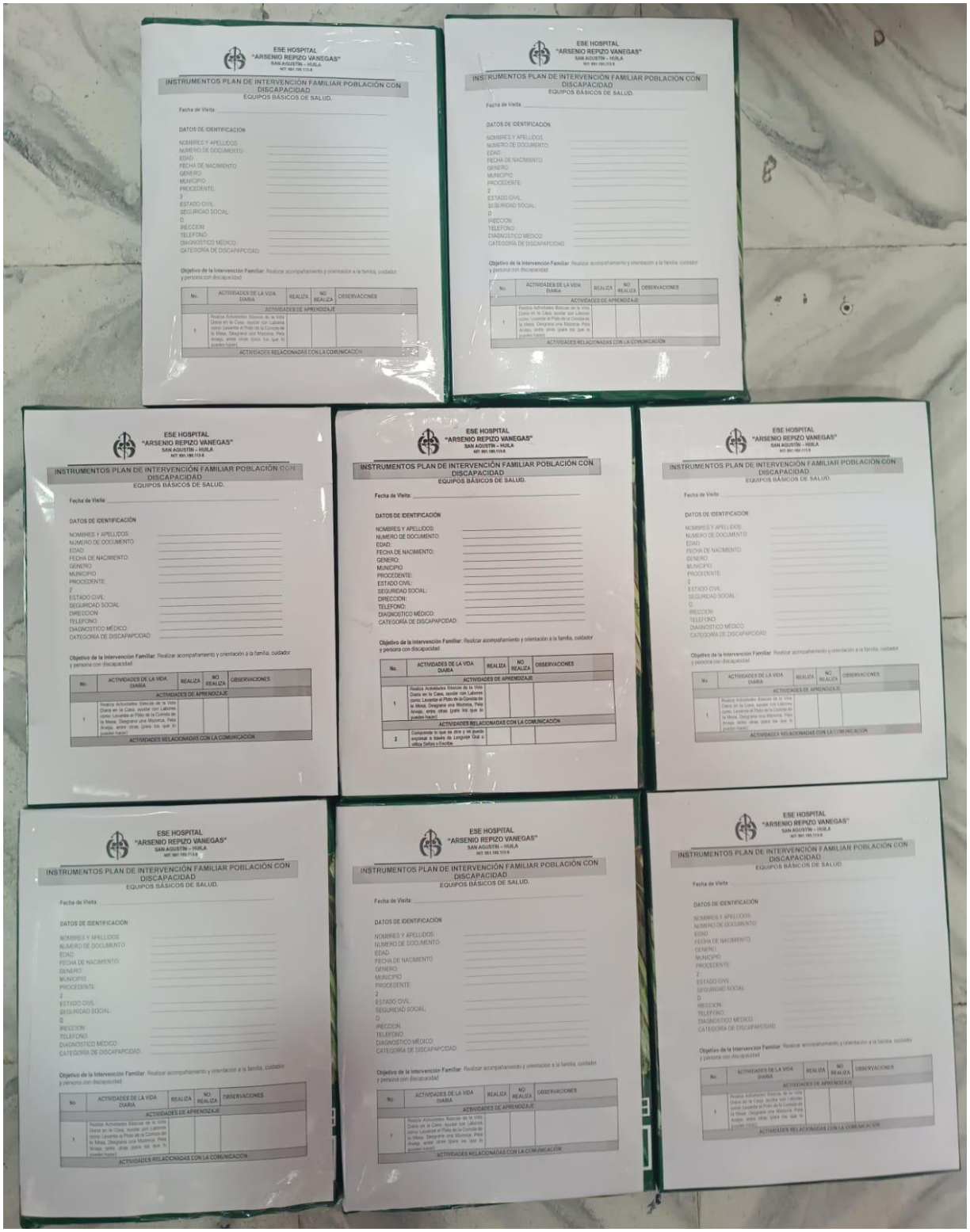
"Salud Comunitaria Humanizada con Calidad"

Calle 3 No. 2-51 Esquina Conmutador 837 3314
Gerencia 313 3766363 - 313 3769596 Urgencias: 837 3565 - 313 377057
http://www.esehary-sanagustin-huila.gov.co

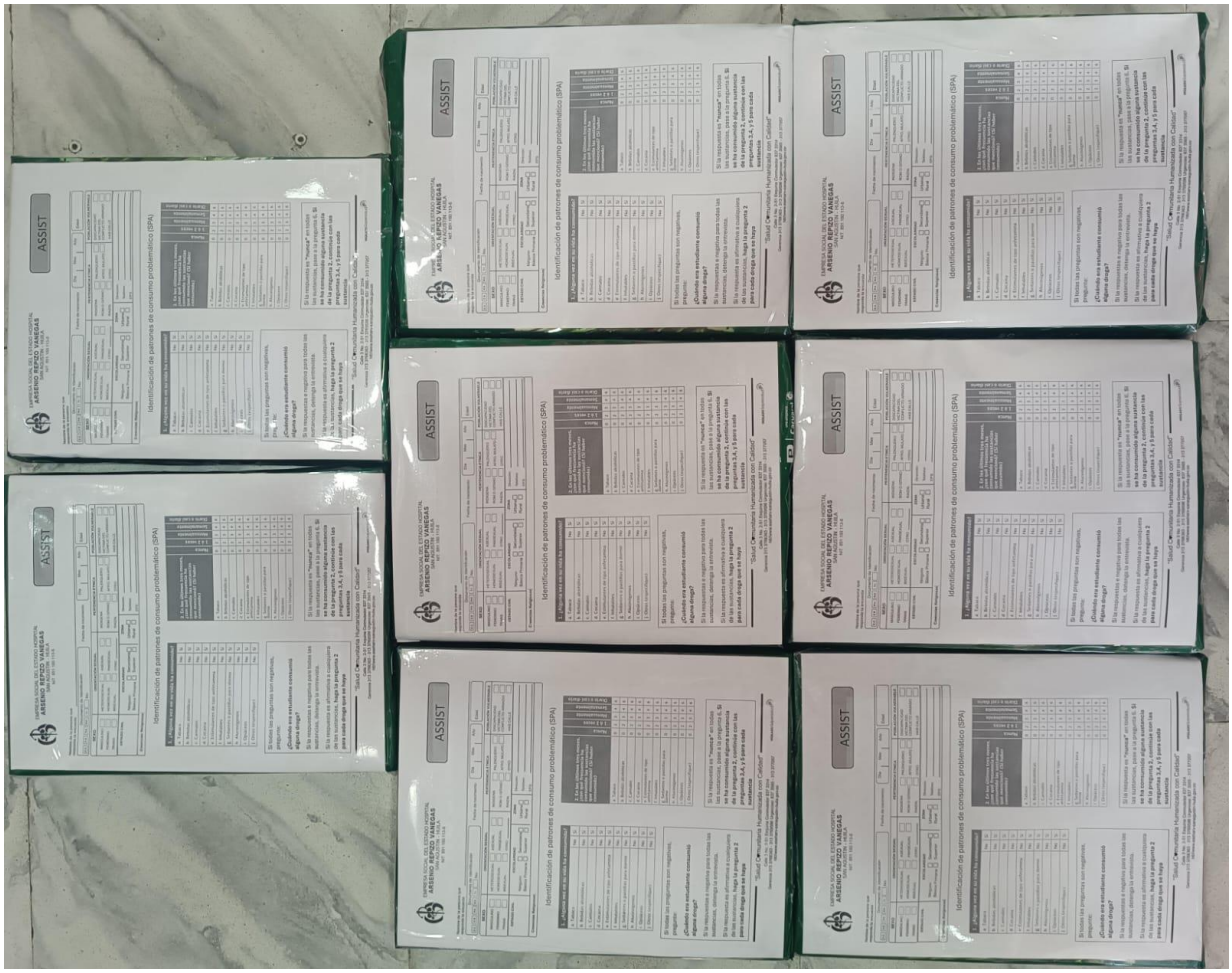
VIGILADO Supersalud

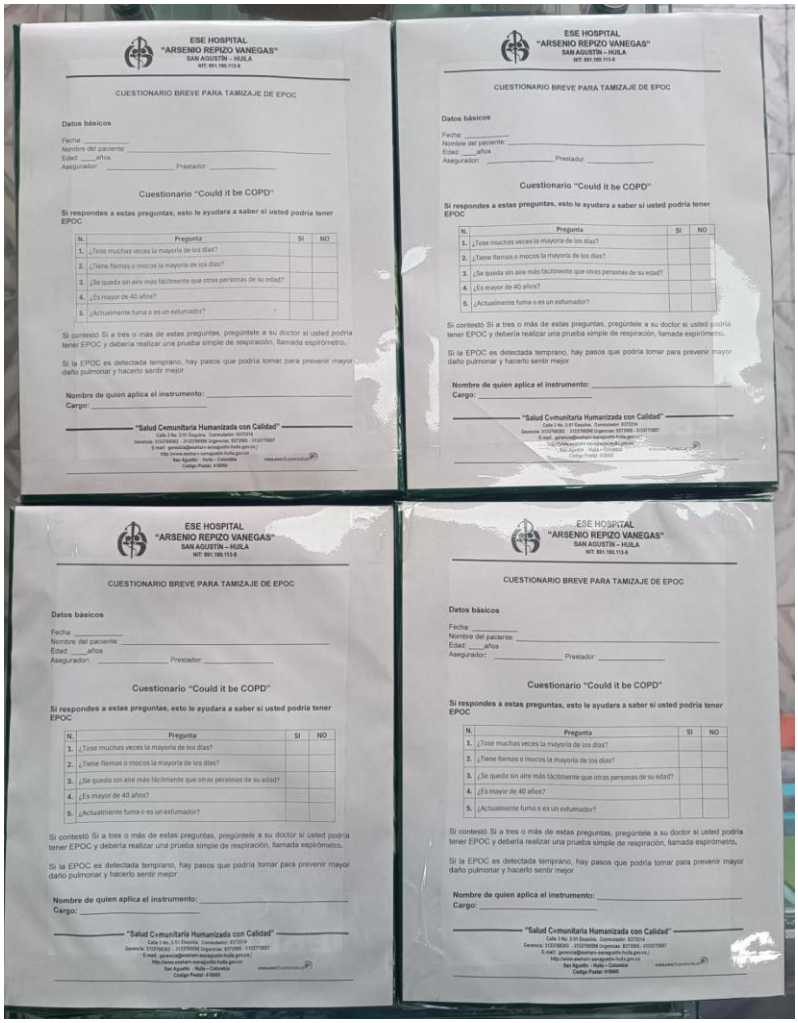
E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS

E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS



E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS





ESE HOSPITAL
"ARSENIO REPIZO VANEGAS"
SAN AGUSTÍN – HUILA
NIT: 891.180.113-6

CUESTIONARIO BREVE PARA TAMIZAJE DE EPOC

Datos básicos

Fecha: _____
Nombre del paciente: _____
Edad: ____años
Asegurador: _____ Prestador: _____

Cuestionario "Could it be COPD"

Si respondes a estas preguntas, esto le ayudara a saber si usted podria tener EPOC

N.	Pregunta	SI	NO
1.	¿Tose muchas veces la mayoria de los dias?		
2.	¿Tiene flemas o mocos la mayoria de los dias?		
3.	¿Se queda sin aire más fácilmente que otras personas de su edad?		
4.	¿Es mayor de 40 años?		
5.	¿Actualmente fuma o es un exfumador?		

Si contestó Si a tres o más de estas preguntas, pregúntele a su doctor si usted podria tener EPOC y deberia realizar una prueba simple de respiración, llamada espirómetro.

Si la EPOC es detectada temprano, hay pasos que podria tomar para prevenir mayor daño pulmonar y hacerlo sentir mejor

Nombre de quien aplica el instrumento: _____
Cargo: _____

"Salud Comunitaria Humanizada con Calidad"

Atentamente.

CESAR AUGUSTO SUAREZ


E&S
EQUIPOS & SERVICIOS
FOTOCOPIADORAS