PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DE NOVEDADES

Código: 1-08-P05-109
Versión: 5
Fecha: Marzo 20 / 2024
Página: 1 de 2

LOCALIDAD: B - U - J | UNIDAD OPERATIVA: Portal de los Sueños | RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA: Nelly Vargas

NIVEL: Menor | NUIP: 1067553313 | NIÑA O NIÑO: Emiliano Bosuto Martinez

MADRE/PADRE/CUIDADOR DE LA NIÑA O EL NIÑO: Elizabeth Martinez

ACUDIENTE PRINCIPAL: Alicia Rincon | PROFESIONAL ENCARGADO(A) DEL NIVEL: Martha Torres

TIPO DE NOVEDAD	1	X	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE NOVEDAD
23/04/2024	11:58 a.m	J.J.C Portal de los Sueños	Siendo las 11:58 a.m salimos del jardín con la Sra. Alicia Rincón Acudiente de Emiliano Bosuto, en compañía de la profesional Martha Torres, nos dirigimos al Hospital Homi, en el cual nos encontramos con la Sra. Elizabeth Martinez mamá de Emiliano Bosuto, fue atendido a la 1:10 p.m, le toma signos vitales, en el cual el médico examina y dice se presenta buenos signos, reacciona a todo estímulo, da de alta con un diagnóstico de traumatismo superficial

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD
			de la cabeza, entrega recomendaciones, entrega de medicamentos: acetaminofen 5.2 ml, cada 6 horas, Ibuprofeno 3.4. ml cada 8 horas. la madre lee la novedad y firma estando de acuerdo de la inscripción. En este punto termina novedad

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR
Martha Torres Profesional de atención a la P.I	Elizabeth Martinez 1033764886

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

TIPO DE NOVEDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Se realizó activación de póliza: SI ____ NO ____	Se realizó activación de ruta: SI ____ NO ____

FECHA	HORA	LUGAR	DESCRIPCIÓN DE LA NOVEDAD

NOMBRE, ROL Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBSERVA Y REGISTRA LA NOVEDAD	NOMBRE, CÉDULA Y FIRMA DE LA MADRE, PADRE O CUIDADOR

Powered by CamScanner