# EJE 1
# ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Desarrollar talleres de educación en salud oral en Institución educativa con intervalo de un mes, sobre sensibilización sobre enseñanza de técnica de cepillado, uso de seda dental, alimentación saludable, elementos de higiene oral, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontología.

Los talleres están dirigidos a todos los estudiantes de primero, segundo y tercero de primaria con mínimo 20 (veinte) estudiantes.

En cada taller se debe realizar revelado de placa bacteriana, índice COP-ceo y canalización a los servicios de odontología de su respectiva EPS.

Es indispensable que en la concertación de la actividad, se solicite que el día del taller, los estudiantes deben llevar al colegio, sus elementos de higiene oral

# URBANO

# TERCERA VISITA

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | **FORMATO** | VERSIÓN: 02 |
| | **ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA** | FECHA: 15-08-2012 |
| | **PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD** | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: I.E. Catalino Golfo. | Hora de Inicio: 8:00 am |
| Fecha 30-julio-2025. | Hora de Finalización: 12:00 pm. |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Desarrollar talleres de educación en Salud oral
Sensibilizar sobre enseñanza en salud oral

**Desarrollo de la Reunión**

Se inicia con oración y presentación
Motivo de la visita.
Charla educativa sobre higiene oral.
Aplicación de gotas reveladoras de placa
Bacteriana.
Profilaxis a cada niño.
Se entrega kits de higiene oral a
cada estudiante.

**Conclusiones**

Evaluamos con un antes y un después para
saber que tanto saben y cuanto aprendieron
de lo explicado.

**Recomendaciones**

Cepillado tres veces al día.
Uso de cada dental.
Visitar al odontólogo cada 6 meses.

**Responsables de la Actividad**

Ana Teresa Jimenez C  Heraldo Espinosa.

| Identificación | a. Apellidos y Nombres |
|---|---|
| N42686916917 | b. ARANGUREN QUIÑONEZ DIOSNEL ALONSO |
| 1071439145 | ARRIETA PEREZ MELLANY |
| 1068824616 | BALLESTA MARTINEZ TIFFANY |
| 1068825215 | BERRIO SALDARRIAGA MARIA VICTORIA |
| 1036263519 | CAVADIA HOYOS ISMAEL |
| 1068824919 | CORCHO RAMIREZ MELANY SOFIA |
| 1068824411 | CORDERO PICOS ELVIS ALFREDO |
| 1068824787 | CORDERO RAMOS MARIA |
| 1146143847 | DORIA RISCANEVO MATHIAS |
| 1068824998 | HERNANDEZ PEREZ YOSCIMAR |
| 1068825000 | HERRERA AVILA LEDYS |
| 1026164226 | HIGUITA FUENTES EMILIANA |
| 1068825098 | HOYOS ORTIZ EDWARD DAVID |
| 1074014426 | IBARRA DEL CASTILLO ANYELIS |
| 1016966825 | LAGUNA MARTINEZ ANA MARIA |
| 1068825174 | LUNA MUÑOZ MARISOL |
| 1068824536 | LUNA ROMERO ALEJANDRO |
| 1068824961 | MENDOZA ACOSTA MATIAS |
| 1068825038 | MIRANDA BENITEZ ANTHONY |
| 1066576491 | MONTERROSA MARTINEZ MATIAS |
| 106882554 | MORALES GOMEZ ADRIANA |
| 1023983747 | OSPINA ALEAN EMILY |
| 1068828030 | PEINADO SANZ LEORIANNY SOFIA |
| 1074015626 | PEREZ CORDERO KAROLYNE |
| 1068825108 | PEREZ OSPINO ANDRES FERNANDO |
| 1068826104 | PEREZ PAEZ MARTHA |
| 1068824863 | PERTUZ LEON ANGEL DAVID |
| N42686687713 | POLANCO QUEVEDO NELSIMAR LUCIA |
| 1175718785 | POLANCO RAMIREZ EMILYS ANDREA |
| 1233347313 | QUIROZ LOPEZ ASHLEY SOFIA |

| | |
|---|---|
| 1068824879 | RAMOS AVILA JÙAN JOSE |
| 1068825142 | SANCHEZ MONTOYA YUREISY |

GRADO 2 ,02

| Identificación | Apellidos y Nombres |
|---|---|
| 1068824138 | ACOSTA OSORIO KHELIANA |
| 1068824352 | ASPRILLA CORREA MARIA VICTORIA |
| 1068823869 | ATENCIA OVIEDO EVELYN |
| 1068824278 | BURGOS VILLEGAS KARLY SOFIA |
| 1040382689 | CAUSIL REYES JAYLI DAYANA |
| 1047241052 | DE LA ROSSA CAVIEDES MATIAS DE JESUS |
| 1068824533 | DIAZ VARGAS JUAN DANIEL |
| 1068824880 | ESTEPA GONZALEZ JESUS DAVID |
| 1068141625 | GONZALEZ BRACAMONTE GIANNA |
| 1068824821 | GONZALEZ VANEGAS KARIME |
| 1068824108 | GUERRA DIAZ SAMUEL |
| 1068824409 | HERNANDEZ BLANQUICETH ELIZABETH |
| 1068824518 | HERNANDEZ JARAMILLO YOIDER ANTONIO |
| 1068824484 | HOYOS CORREA ASHLY PAULINA |
| 1016116959 | HOYOS FLOREZ SOFIA |
| 1071438720 | LUGO PLAZA SAMUEL DAVID |
| 1062541293 | MARTINEZ ARRIETA NOAH DE JESUS |
| 1068823994 | MARTINEZ FUENTES LUIS ANGEL |
| 1068824618 | MESTRA PAEZ IVANNA JOHANA |
| 1068824895 | MUENTES PEREZ JULIANA |
| 5372312 | NAVA PEROZO YEFERSON JOSE |
| 1045528933 | NISPERUZA VARILLA DYLAN |
| 1068824620 | PEREZ PAEZ ISAAC |
| 1062542236 | PERNETT BENITEZ DIEGO ANDRES |
| 1068823815 | PRIOLO BUSTOS ORIANA LUCIA |
| 1068824413 | SEGURA RODRIGUEZ DILAN JESUS |
| 1068824773 | URANGO RANGEL MATIAS |
| 1068823826 | VELASQUEZ REYES LUIS ANGEL |
| 1068823909 | VILORIA SUAREZ YIRA |

3 -02 2025

| Identificación | Apellidos y Nombres |
|---|---|
| 1068824060 | ACOSTA PEREZ MATHEWS |
| 1068823521 | ARTEAGA CORDERO ISABELLA |
| 1068823789 | ATILANO MONTALVO YEINER |
| 1068823936 | FLOREZ RUIZ SARAY |
| 1062538645 | FURNIELES DURANGO ANA GABRIELA |
| 1068823678 | GOMEZ HERNANDEZ ELIEZER |
| 1233041098 | HOYOS RODRIGUEZ KRISTINA ISABEL |
| 1068821507 | LICONA HERRERA ADRIANA |
| 1233342952 | LUNA MERCADO ABRAHAM |
| 1068824263 | MARTELO PUENTES SAMUEL |
| 1068823566 | MEJIA BALAGUERA NASLY |
| 1197215568 | MENDEZ OVIEDO ERIS DAVID |
| 1068823874 | MORENO CARABALLO STEVEN DAVID |
| 1068823530 | PEREZ TEHERAN ISAIAS |
| 1041269774 | PINTO GONZALEZ ASHLEY AKEMY |
| 1068822975 | POLO VASQUEZ MARCO ANTONIO |
| 1050284717 | PRADA MARTELO JUAN KMILO |
| 1119405943 | RAMOS FERIA MATHIAS ALEXANDER |
| 1046538916 | RODRIGUEZ DIAZ JULIANA |
| 1071357650 | RUIZ GOMEZ SAMUEL ANTONIO |
| 1023652465 | SALGUERO MORELO ANTHONY |
| 1023652464 | SALGUERO MORELO BRYAN DAVID |
| 1040379435 | SANTOS MARTINEZ LUIS MARIO |
| 1068823258 | SUAREZ BARRERA KAROL JULIANA |
| 1046916881 | TORDECILLA BLANCO ZURISADAI |
| 1068822020 | VEGA ESCOBAR MARIA ANGEL |
| 1068823257 | VEGA ESCOBAR MARIA JOSE |
| 1068823723 | VELASQUEZ URANGO NEYFER JOSE |
| 1068823473 | VERGARA YANEZ ALEXANDRA |
| 1083033624 | VILLA PETRO VALERY SOFIA |

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

Nombre de la actividad: **Talleres de educación en salud oral**

Lugar: I. E. Catalino Bolfo

Profesional que realiza la actividad: Heraclio Espinoza

| | | | | | | | TALLER # 1 | | | | | TALLER # 2 | | | | | TALLER # 3 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Fecha: | | | | | Fecha: | | | | | Fecha: 30-07-2025. | | | | |
| | | | | | | | COP | | | | % placa bacteriana | COP | | | | % placa bacteriana | COP | | | | % placa bacteriana |
| No. | Nombre estudiante | Curso | Fecha nacimiento | Edad | # documento identidad | | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | |
| 1 | Eliezer Gomez | 3º | 21-2-2017 | 8 | 1068823698 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 26 | 15% |
| 2 | Kristina Hoyos | 3º | 6-8-2017 | 8 | 1233041098 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 26 | 12% |
| 3 | Adriana Luciana | 3º | 12-3-2014 | 11 | 1068821507 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 28 | 10% |
| 4 | Abraham Luna M. | 3º | 15-9-2016 | 9 | 1233342952 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 26 | 11% |
| 5 | Samuel Herfelo P. | 3º | 28-12-2017 | 7 | 1068882163 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 26 | 15% |
| 6 | Mathew Acosta. | 3º | 30-9-2017 | 8 | 1068823521 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 26 | 12% |
| 7 | Isabella Arteaga | 3º | 16-12-2016 | 8 | 1068824660 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 26 | 10% |
| 8 | Yeiner Atilano | 3º | 11-5-2017 | 8 | 1068823789 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 26 | 12% |
| 9 | Saray Florez. | 3º | 3-8-2017 | 8 | 1068823936 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 26 | 15% |
| 10 | Ana Fernieles D. | 3º | 29-4-2017 | 8 | 1062538645 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 26 | 13% |

Firma docente: _____ Firma docente: _____ Firma docente: _____

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

Nombre de la actividad: **Talleres de educación en salud oral**

Lugar: I. E. Catalino Golfo

Profesional que realiza la actividad: Heraclio Espinoza

| | | | | | | | TALLER # 1 | | | | | TALLER # 2 | | | | | TALLER # 3 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Fecha: | | | | | Fecha: | | | | | Fecha: 30-07-2025 | | | | |
| | | | | | | | COP | | | | % placa bacteriana | COP | | | | % placa bacteriana | COP | | | | % placa bacteriana |
| No. | Nombre estudiante | Curso | Fecha nacimiento | Edad | # documento identidad | | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | |
| 1 | Jaidy Cavsil. R. | 2° | 29-1-2018 | 7 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 26 | 10% |
| 2 | Glaricis de la R. | 2° | 19-2-2018 | 7 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 26 | 15% |
| 3 | Juan Diaz Vargas | 2° | 30-4-2018 | 7 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 26 | 10% |
| 4 | Jesus Estrada G | 2° | 28-10-2018 | 6 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 9% |
| 5 | Liana Gonzalez | 2° | 23-12-2017 | 7 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 26 | 10% |
| 6 | Samuel Guerrero | 2° | 15-10-2017 | 6 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 12% |
| 7 | Kheila. Acosta. | 2° | 16-10-2017 | 6 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 12% |
| 8 | Maria Asprilla. | 2° | 31-01-2018 | 7 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 26 | 13% |
| 9 | Evelin Atencia | 2° | 16-5-2017 | 7 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 26 | 10% |
| 10 | Karly Burgos G. | 2° | 3-01-2018 | 7 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 10% |

Firma docente: _____ Firma docente: _____ Firma docente: [signature]

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

Nombre de la actividad: **Talleres de educación en salud oral**

Lugar: I. E. Catalino Golfo.

Profesional que realiza la actividad: Horacio Espinoza.

| | | | | | | TALLER # 1 | | | | | TALLER # 2 | | | | | TALLER # 3 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Fecha: | | | | | Fecha: | | | | | Fecha: 30-07-2025. | | | | |
| | | | | | | COP | | | | % placa bacteriana | COP | | | | % placa bacteriana | COP | | | | % placa bacteriana |
| No. | Nombre estudiante | Curso | Fecha nacimiento | Edad | # documento identidad | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | |
| 1 | Holany Arieta. P. | 1º | 15-01-2019. | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 10% |
| 2 | Tifany Ballesta. | 1º | 29-6-2018 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 15% |
| 3 | Ismael Cavadia. | 1º | 2-10-2018 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 10% |
| 4 | Alejandro Luna | 1º | 16-4-2018 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 10% |
| 5 | Marisol Luna M. | 1º | 22-4-2019 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 12% |
| 6 | Matias Mendoza | 1º | 28-11-2018 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 10% |
| 7 | Emily Espitia A. | 1º | 20-12-2018 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 11% |
| 8 | Karoline Perez C | 1º | 28-01-2019 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 10% |
| 9 | Martha Perez P. | 1º | 29-10-2018 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 12% |
| 10 | Leidys Herrera A. | 1º | 3-1-2019 | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 9% |

Firma docente: _____ Firma docente: _____ Firma docente: Ana Teresa J.

12

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSÉ | FORMATO DE ASISTENCIA | |
| | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025 | |

EJE: Atencion Primaria En Salud – APS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de educación en Salud Oral

| DIA: | 30. | MES: | Julio | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | I. E. Catalino Gulfo | ZONA: | Urbana. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Eliezer Gomez | ti | 1068823678 | notiene | 8 | M | H | | | * | | | | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | ✓ | | El ezer. |
| 2 | Krista. Hoyos | ti | 1233041098 | notiene | 8 | f | M | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | ✓ | | Kristina. |
| 3 | Adriana Licona | ti | 1068824507 | notiene | 11. | f | M | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | ✓ | | Adriana L |
| 4 | Abrahan. Luna | ti | 1233342952 | notiene | 9 | M | H | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | ✓ | | Abraham |
| 5 | Samuel. Montelo | ti | 1068824263 | notiene | 7 | M | H | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | ✓ | | Samuel |
| 6 | Mathew Acosta | ti | 1068823521 | notiene | 8 | M | H | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | ✓ | | mathew |
| 7 | Isabella Arteaga | ti | 1068824060 | notiene | 8 | f | M | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | ✓ | | Isabella |
| 8 | Yeiner Atilano | ti | 1068823789 | notiene | 8 | M | H | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | ✓ | | Yeiner |
| 9 | Saray florez | ti | 1068823936 | notiene | 8 | f | M | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | ✓ | | Saray |
| 10 | Ana fornieles | ti | 1062538645 | notiene | 8 | f. | M | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | ✓ | | Ana. F |

13

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atención Primaria en Salud - APS.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de educación en salud oral

| DIA: | 30 | MES: | Julio | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | I.E. Catalino Gulfo. | ZONA: | Urbano. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Melany Arrieta. | RC. | 1007439145 | notiene | 6 | F | M | | | | | | | | Y | | | | | X | | | Y | | No Firma |
| 2 | Tifany Ballesta M. | RC | 1068824616 | notiene | 7 | F | M | | | | | | | | Y | | | | | X | | | Y | | No Firma |
| 3 | Ismael Cavadia. | RC | 1036263519 | notiene | 7 | M | M | | | | | | | | Y | | | | | X | | | X | | No Firma |
| 4 | Alejandro Luna R. | RC | 1068824536 | notiene | 7 | M | M | | | | | | | | Y | | | | | X | | | X | | No Firma |
| 5 | Mansol Luna M. | RC | 1068825174 | notiene | 6 | F | M | | | | | | | | Y | | | | | X | | | X | | No Firma |
| 6 | Matias Mendoza A. | RC | 1068824961 | notiene | 6 | M | M | | | | | | | | Y | | | | | X | | | X | | No Firma |
| 7 | Emily Ospina Mena | RC | 1023983747 | notiene | 6 | F | M | | | | | | | | Y | | | | | X | | | Y | | No Firma |
| 8 | Karoline Perez C. | RC | 1029405626 | notiene | 6 | F. | M | | | | | | | | Y | | | | | X | | | X | | No Firma |
| 9 | Marta Perez Paez | RC | 1038826104 | notiene | 6 | F. | M | | | | | | | | Y | | | | | X | | | X | | No Firma |
| 10 | Ledys Herrera A. | RC. | 1068825000 | notiene | 6 | F | M | | | | | | | | Y | | | | | X | | | Y | | No Firma |

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — Córdoba

EJE: Atención Primaria en Salud — APS.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de educación en salud oral

| DIA: | 30 | MES: | Julio. | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | I.E. Catalino Gelfo | ZONA: | Urbano. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Jady Cavsil Prez. | RC | 1040382689 | notiene | 7 | F | H | | | | | | | | Y | | | | | X | | | X | | Jady C |
| 2 | Matias de la Rosa | RC | 1047241052 | notiene | 7 | M | H | | | | | | | | Y | | | | | X | | | X | | Matias |
| 3 | Juan Diaz Vargas. | RC | 1068824533 | notiene | 7 | M | H | | | | | | | | Y | | | | | X | | | X | | Juan D. |
| 4 | Jesus Stefa. G. | RC | 1068824880 | notiene | 6 | M | H | | | | | | | | Y | | | | | X | | | X | | Jesus E |
| 5 | Gianna Gonzalez | RC | 1068824821 | notiene | 7 | F | M | | | | | | | | X | | | | | X | | | X | | gianna |
| 6 | Khiela Acosta O. | RC | 1068829821 | notiene | 6 | F. | M | | | | | | | | Y | | | | | X | | | X | | No Firma. |
| 7 | Maria Asprella C. | RC | 1068824352 | notiene | 7 | F | M | | | | | | | | X | | | | | X | | | X | | Maria |
| 8 | Evelin Moreira O. | RC | 1068823869 | notiene | 7 | F. | M | | | | | | | | Y | | | | | X | | | X | | Evelin |
| 9 | Kaly Burgos G. | RC | 1068824288 | notiene | 7 | F. | M | | | | | | | | X | | | | | X | | | X | | Kaly. |
| 10 | Samuel Guerra. | RC | 1068824409 | notiene | 6 | M. | M | | | | | | | | Y | | | | | X | | | X | | Samuel. |

15

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **Fecha:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | GRADO PRIMERO |

## VISITA : 3

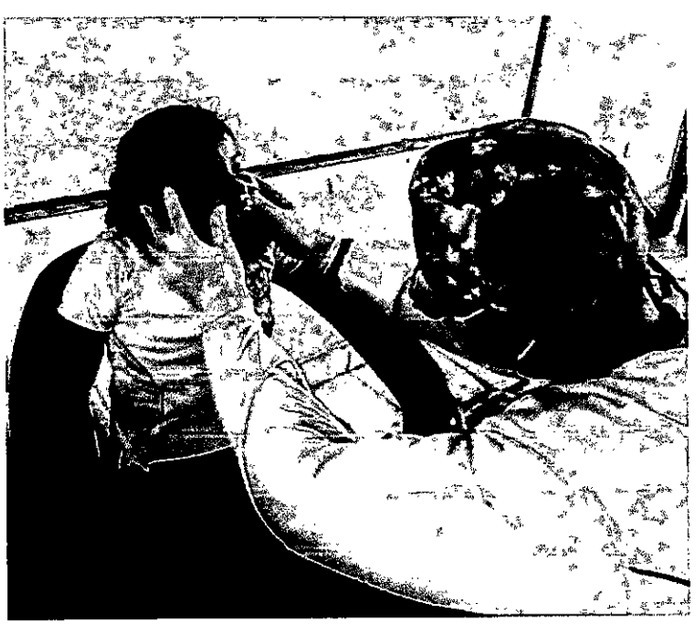
## DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

**Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.**

VISITA 3







## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **Fecha:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | GRADO PRIMERO |

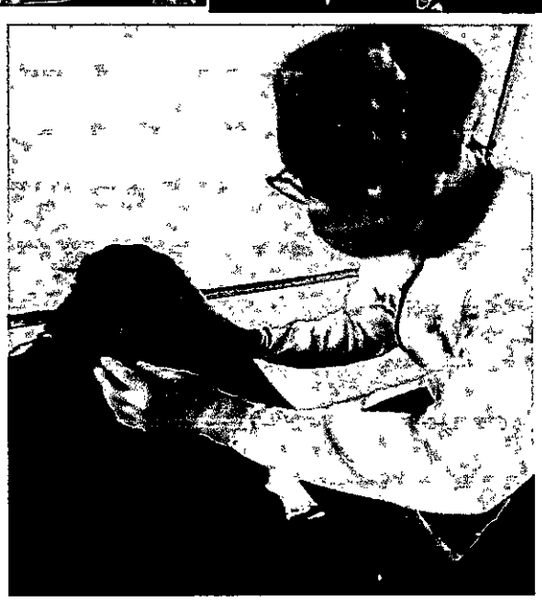
**VISITA : 3**

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.**

VISITA 3





## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

**EJE: ATENCION PRIMARIA**

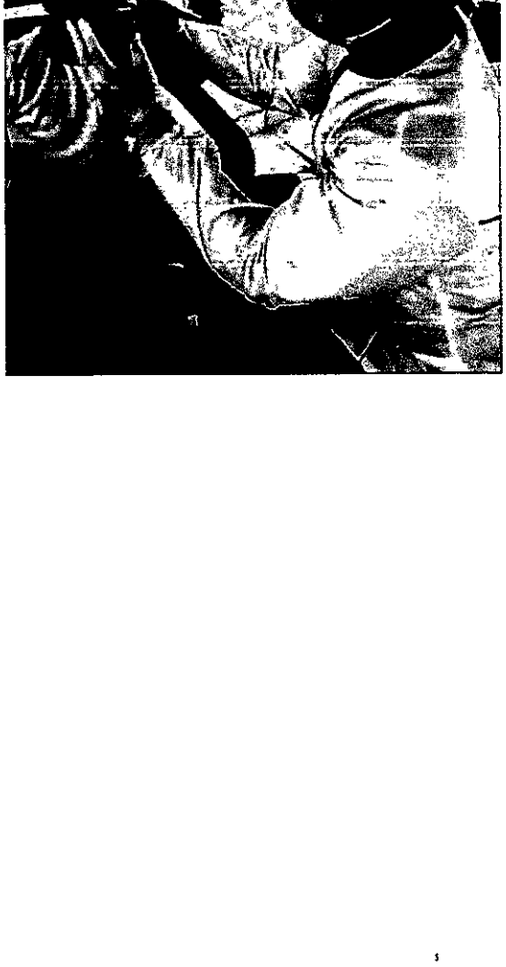
| | |
|---|---|
| **Lugar:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **Fecha:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | GRADO PRIMERO |

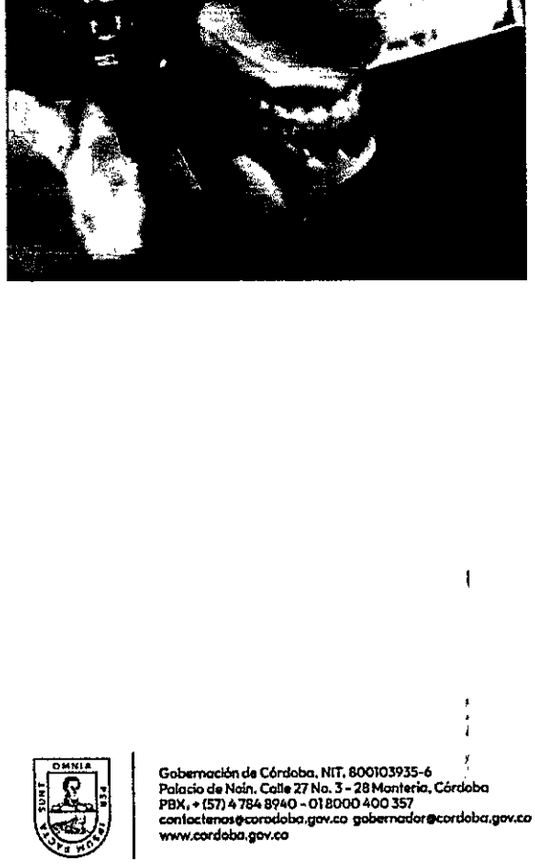
**VISITA : 3**

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.**

VISITA 3





## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **Fecha:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | GRADO PRIMERO |

**VISITA : 3**

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.**
VISITA 3







## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

**EJE: ATENCION PRIMARIA**

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **Fecha:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | GRADO PRIMERO |

**VISITA : 3**

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.**

VISITA 3





[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

**EJE: ATENCION PRIMARIA**

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **Fecha:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | GRADO PRIMERO |

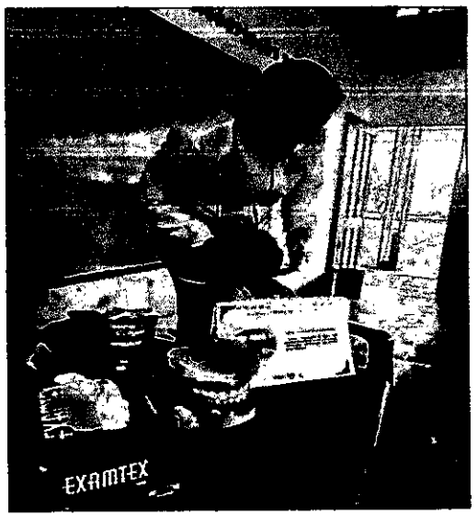
**VISITA : 3**

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.**

VISITA 3








## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

**EJE: ATENCION PRIMARIA**

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **Fecha:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | GRADO PRIMERO |

**VISITA : 3**

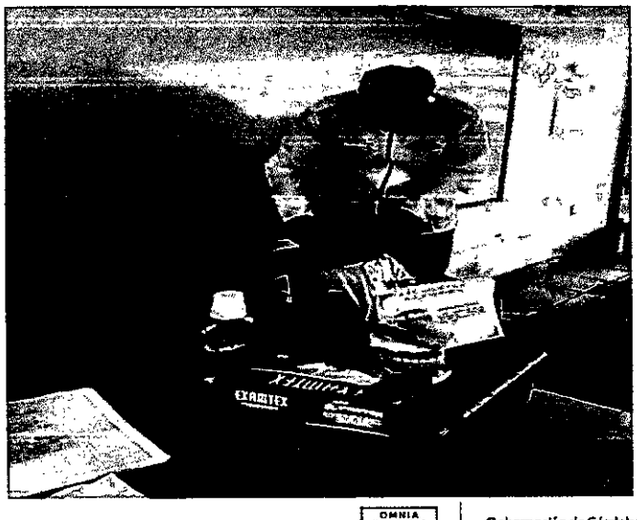
**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.**

VISITA 3










22

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA VILLA NUEVA |
| **FECHA:** | 1 DE AGOSTO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO PRIMERO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.

VISITA 3







## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **Fecha:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | GRADO SEGUNDO |

**VISITA : 3**

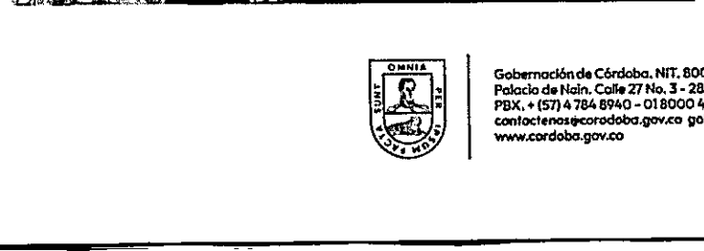
**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.**

VISITA 3







[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **Fecha:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | GRADO SEGUNDO |

**VISITA : 3**

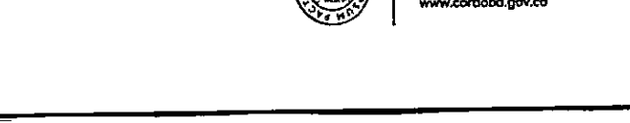
**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.**

VISITA 3





## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **Fecha:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | GRADO SEGUNDO |

**VISITA : 3**

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.**

VISITA 3







## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

**EJE: ATENCION PRIMARIA**

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **Fecha:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | GRADO SEGUNDO |

**VISITA : 3**

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.**

VISITA 3







## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **Fecha:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | GRADO SEGUNDO |

**VISITA : 3**

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.**

VISITA 3






## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **FECHA:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO TERCERO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo dē un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 3.





## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

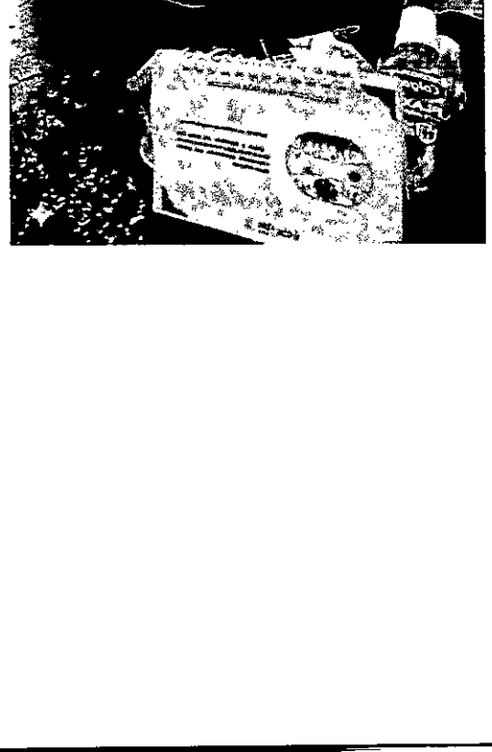
| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **FECHA:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO TERCERO |

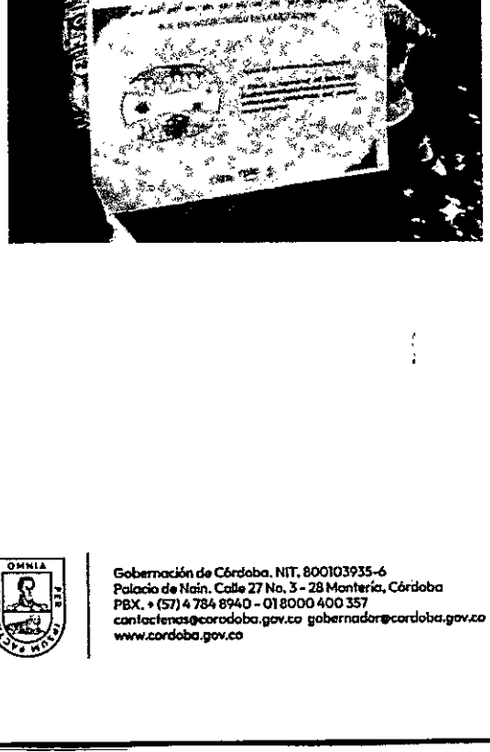
### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.

VISITA 2





## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

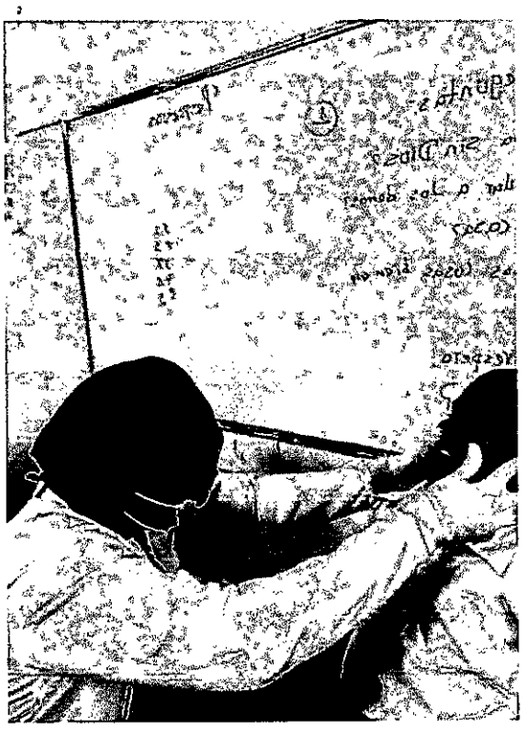
| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **FECHA:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO TERCERO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.

VISITA 3





## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **FECHA:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO TERCERO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.

VISITA 3

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **FECHA:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO TERCERO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.

VISITA 3





33

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **FECHA:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO TERCERO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.

VISITA 3

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA CATALINO GULFO |
| **FECHA:** | 30 DE JULIO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO TERCERO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.

VISITA 3





# RURAL

# TERCERA VISITA

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | **FORMATO** | VERSIÓN: 02 |
| | **ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA** | FECHA: 15-08-2012 |
| | **PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD** | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: I.E. Villa Nueva | Hora de Inicio: 8:00Am. |
| Fecha 1-Agosto-2025. | Hora de Finalización: 12:00Pm |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Desarrollar Talleres de educación en Salud Oral., Sensibilizar Sobre enseñanza en Salud Oral.

**Desarrollo de la Reunión**

Se inicio con una Oracion
Motivo de Visita
Charla Educativa Sobre Higiene Oral.
Aplicacion de Gotas Reveladoras de Placa. Bacteriana.
Profilaxis a cada Niño.
Se entrega un Kits de Higiene Oral a cada Estudiante.

**Conclusiones**

Evaluamos con un antes y un despues para saber. que tanto aprendieron. de lo explicado.

**Recomendaciones**

Cepillado 3 veces al Dia.
Uso de Seda Dental.
Visitar al odontologo Regularmente.

**Responsables de la Actividad**

Katyan F.P.

Eduardo Espinoza.

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

Nombre de la actividad: **Talleres de educación en salud oral**

Lugar: I. E Villa Nueva.

Profesional que realiza la actividad: Heraclio Espinoza.

| | | | | | | | TALLER # 1 | | | | | TALLER # 2 | | | | | TALLER # 3 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Fecha: | | | | | Fecha: | | | | | Fecha: 1-08-2025 | | | | |
| | | | | | | | COP | | | | % placa bacteriana | COP | | | | % placa bacteriana | COP | | | | % placa bacteriana |
| No. | Nombre estudiante | Curso | Fecha nacimiento | Edad | # documento identidad | | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | |
| 1 | Keimer Perez Ameta | 2º | 25-7-2017 | 8 | 1091270843 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 15% |
| 2 | Santiago Posada | 2º | 7-1-2018 | 7 | 1068824916 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 12% |
| 3 | Edinson Alvarez | 2º | 16-4-2018 | 7 | 1063940741 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 16% |
| 4 | Keimer Toros V | 2º | 7-1-2018 | 7 | 1046539744 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 13% |
| 5 | Santiago Hontinez | 2º | 19-1-2018 | 7 | 1068824353 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 15% |
| 6 | Anghelina Munoz | 2º | 25-4-2018 | 7 | 1068824606 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 10% |
| 7 | Juan Esteban A. | 2º | 18-8-2017 | 7 | 1068824363 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 10% |
| 8 | Eymer Villalba R. | 2º | 25-7-2016 | 9 | 1091269884 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 13% |
| 9 | Juan Acosta Ochoa. | 2º | 18-8-2017 | 6 | 1068824363 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 14% |
| 10 | Eliel Cure Ortega | 2º | 29-12-2017 | 7 | 1067293984 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 11% |

Firma docente: _____ Firma docente: _____ Firma docente: [signature]

29

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

pic

EJE: **Atención Primaria en Salud - APS**

Nombre de la actividad: **Talleres de educación en salud oral**

Lugar: I. E. Villa Nueva.

Profesional que realiza la actividad: Horacio Espinoza

| | | | | | | | TALLER # 1 | | | | | TALLER # 2 | | | | | TALLER # 3 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | Fecha: | | | | | Fecha: | | | | | Fecha: 1-Agosto-2025 | | | | |
| | | | | | | | COP | | | | % placa bacteriana | COP | | | | % placa bacteriana | COP | | | | % placa bacteriana |
| No. | Nombre estudiante | Curso | Fecha nacimiento | Edad | # documento identidad | | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | |
| 1 | Juliana Arrieta | 3º | 4-2-2019 | 8 | 1062611026 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 15% |
| 2 | Luisa Fernanda B. | 3º | 11-12-2017 | 7 | 1104385576 | | | | | | | | | | | | 0 | 3 | 1 | 24 | 15% |
| 3 | Janer Campo P. | 3º | 11-10-2014 | 10 | 1079007482 | | | | | | | | | | | | 0 | 2 | 2 | 20 | 10% |
| 4 | Milagro German. | 3º | 4-9-2016 | 8 | 1062537258 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 2 | 22 | 9% |
| 5 | Emir Martinez | 3º | 23-6-2017 | 8 | 1069506023 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 10% |
| 6 | Thiago Hernandez | 3º | 25-3-2017 | 9 | 1074012500 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 9% |
| 7 | Ariana Peñata. | 3º | 13-1-2017 | 8 | 1068823552 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 11% |
| 8 | Melisa Mestra. | 3º | 31-10-2016 | 9 | 1068823386 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 10% |
| 9 | Maria Quiroz. | 3º | 6-5-2016 | 9 | 1130278020 | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 24 | 9% |
| 10 | Mari Palmeira. | 3º | 25-3-2015 | 10. | 1074011015 | | | | | | | | | | | | 0 | 3 | 0. | 24. | 10%. |

Firma docente: _____ Firma docente: _____ Firma docente: [signature]

50

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

EJE **Atención Primaria en Salud - APS**

Nombre de la actividad: **Talleres de educación en salud oral**

Lugar: I.E Villa Nueva

Profesional que realiza la actividad: Hevacio Espinoza

| | | | | | | TALLER # 1 | | | | | TALLER # 2 | | | | | TALLER # 3 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | Fecha: | | | | | Fecha: | | | | | Fecha: 1-08-2025 | | | | |
| | | | | | | COP | | | | % placa bacteriana | COP | | | | % placa bacteriana | COP | | | | % placa bacteriana |
| No. | Nombre estudiante | Curso | Fecha nacimiento | Edad | # documento identidad | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | | Cariados | Obturados | Perdidos | Sanos | |
| 1 | Elizabeth Amaya | 1º | 8-11-2017 | 7 | 1065014756 | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 20 | 10% |
| 2 | Luis Bejarano. | 1º | 31-12-2016 | 8 | N42686935189. | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 20 | 10% |
| 3 | Saireth Carrascal. | 1º | 24-01-2019 | 6 | 1067294526. | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 22 | 10% |
| 4 | Shaira Correa. | 1º | 17-5-2019 | 6 | 1068825085 | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 22 | 10% |
| 5 | Emily Oviedo. | 1º | 17-11-2018 | 6 | 1068825232 | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 20 | 12% |
| 6 | Luis Caviria. | 1º | 6-12-2018 | 6 | 1068824954 | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 20 | 11% |
| 7 | Angel Gil. | 1º | 28-9-2018 | 6 | 1068824975 | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 22 | 10% |
| 8 | Zaid Jimenez. | 1º | 12-6-2019 | 6 | 1038649991 | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 22 | 9% |
| 9 | Martin Montiel. | 1º | 2-10-2019 | 5 | 1064242947 | | | | | | | | | | | 0 | 1 | 0 | 20 | 10% |
| 10 | Maximiliano Pavon. | 1º | 26-11-2018 | 6 | 1068825323. | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 22 | 10% |

Firma docente: _____ Firma docente: _____ Firma docente: Katuya P.

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

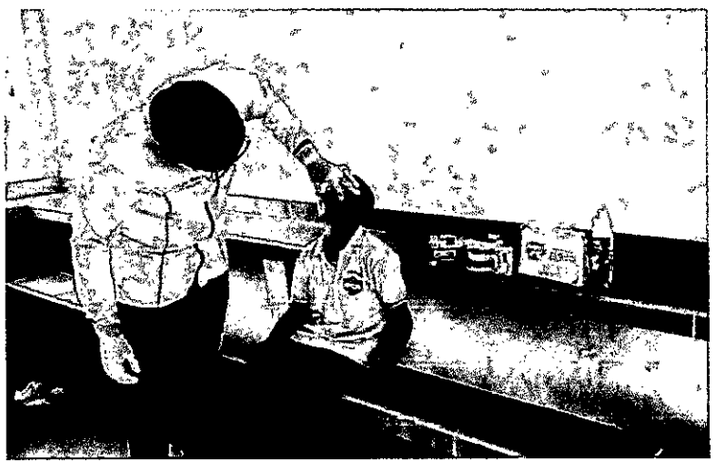
| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA VILLA NUEVA |
| **FECHA:** | 1 DE AGOSTO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO TERCERO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 3





## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA VILLA NUEVA |
| **FECHA:** | 1 DE AGOSTO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO TERCERO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.

VISITA 3







43

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA VILLA NUEVA |
| **FECHA:** | 1 DE AGOSTO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO TERCERO |

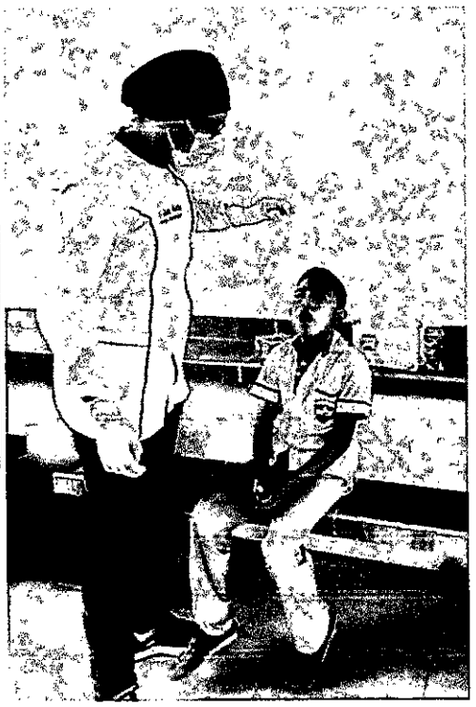
### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.

VISITA 3





[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA VILLA NUEVA |
| **FECHA:** | 1 DE AGOSTO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO TERCERO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.

VISITA 3





## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA VILLA NUEVA |
| **FECHA:** | 1 DE AGOSTO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO TERCERO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.

VISITA 3





[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA VILLA NUEVA |
| **FECHA:** | 1 DE AGOSTO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO SEGUNDO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 3







[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA VILLA NUEVA |
| **FECHA:** | 1 DE AGOSTO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO SEGUNDO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.

VISITA 3





## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA VILLA NUEVA |
| **FECHA:** | 1 DE AGOSTO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO SEGUNDO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.

VISITA 3







## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA VILLA NUEVA |
| **FECHA:** | 1 DE AGOSTO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO SEGUNDO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.

VISITA 3





[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA VILLA NUEVA |
| **FECHA:** | 1 DE AGOSTO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO PRIMERO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontologia.

VISITA 3









5

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA VILLA NUEVA |
| **FECHA:** | 1 DE AGOSTO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO PRIMERO |

### VISITA: 3

### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.

VISITA 3





## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

### EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | INSTITUCION EDUCATIVA VILLA NUEVA |
| **FECHA:** | 1 DE AGOSTO 2025 |
| **PERSONAS INTERVENIDAS:** | GRADO PRIMERO |

### VISITA: 3

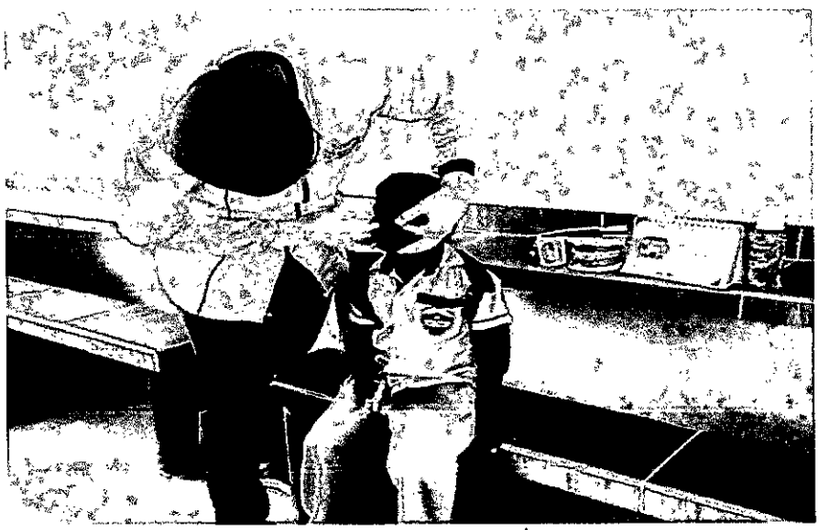
### DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

Desarrolar talleres de educacion en salud en salud oral en institucion educativa con intervalo de un mes, sobre enseñanza de tecnica de cepillado,uso de seda dental, alimentacion saludable, elementos naturales de higiene oral ( seda dental casera, entre otros ), controles por odontologia.

VISITA 3







REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR

# URBANA

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

# FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 09/06/25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

## 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandra Milena Gonzalez Florez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073976052
c) Edad: 19 años
d) Dirección de residencia: Barro Galan zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3006427088
f) EPS: Nueva EPS

## 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 25
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 26/03/25 - 26/04/25 - 26/05/25 - 26/06/25 - 26/07/25
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 110 / 80 mmHg | | o FC: 84 lpm | |
| o | Temperatura: 37 °C | | o FR: 17 lpm | |
| o | AU: ____ cm | Peso: 58 kg | Talla: 1,58 cm | IMC: 23,2 |

o

| | | TD | Influenza | Dpta |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | 26/05/25 | 26/05/25 | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: ☑ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
  - ¿Cuál? Ninguno

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Vacunarse oportunamente la Dpta.
- EDUCACION BRINDADA: Lactancia Materna

## 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Adriana Hoyos Firma: [signature]

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: sandra gonzalez

cumplio compromiso SI( ) NO( ) Sin compromiso( )

56

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | BARRIO GALAN |
| **Fecha:** | Agosto 8 de 2025 HORA: 7:30-9 AM |
| **Personas Intervenidas:** | SANDRA MILENA GONZALEZ FLOREZ |

## DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD. . GESTANTE NUMERO 1**

**VISITA NUMERO 3**



## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 2-8-25 Municipio: Valencia. Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sandra Gonzalez Florez
b) Tipo documento ID: cc Número documento identidad: _____
c) Edad: 19 años
d) Dirección de residencia: B/ Salau zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 300-641-2703
f) EPS: Nueva EPS

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | |
|---|---|---|---|
| o Presión arterial: ____ / ____ mmHg | | o FC: ____ lpm | |
| o Temperatura: ____ °C | | o FR: ____ lpm | |
| o AU: ____ cm | Peso: ____ kg | Talla: ____ cm | IMC: ____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | ECHAS VACUNA | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 1 Perdidos 0 Sanos 28.
- Recuento de placa bacteriana: 13 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas y frecuencia del Cepillado

- Compromisos de la gestante:

Asistir Regularmente al odontologa

Nombre médico: _____ Firma:
Nombre odontólogo: Heraclio E. Firma: Heraclio E.
Firma de la gestante: Sandra. Gonzalez.
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

# EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | BARRIO GALAN |
| **Fecha:** | 2 DE AGOSTO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **SANDRA MILENA GONZALEZ FLOREZ** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD. AREA URBANA MUNICIPIO VALENCIA.**

**GESTANTE NUMERO 1:** VISITA NUMERO 3





HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: Agto 8/25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Sadith Marcela Pacheco Vargas
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068807955
c) Edad: 20 años
d) Dirección de residencia: Barrio las maras zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3239351274
f) EPS: Nueva EPS

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 38
- Número de controles prenatales: 7
- Fecha de controles prentales: 29/01/25-21/02/25-21/03/25-25/04/25-21/05/25-21/06/25-22/07/25
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 130 / 90 mmHg | | o FC: 94 lpm | |
| o | Temperatura: 39.3 °C | | o FR: 17 lpm | |
| o | AU: 37 cm | Peso: 93 kg | Talla: 1,66 cm | IMC: |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | 30/01/25 | 24/04/25 | 24/04/25 |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: ~~X~~ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
  - ¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Ninguno
- EDUCACION BRINDADA: sobre lactancia materna

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:
  - □ _____
  - □
- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Adriana Arteaga Firma: [signature]

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: [signature]

10

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **Barrio Las Marías** |
| **Fecha:** | **Agosto 8 de 2025 HORA 10 AM** |
| **Personas Intervenidas:** | **SAIDITH PACHECO VARGAS** |

## DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD. GESTANTE NUMERO 2**

**VISITA NUMERO 3 GESTANTE NUMERO 2**



**FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO**

Fecha de la visita: 2-8-25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

**1.INFORMACION GENERAL**

a) Nombre de la gestante: Saidith Marcela Pacheco
b) Tipo documento ID: ce Número documento identidad: 1068807915
c) Edad: 20 años
d) Dirección de residencia: B/ los Manas zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 323-735-1274
f) EPS: Coosalud

**2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA**

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: ____/____ mmHg | | o FC: ____ lpm | |
| o | Temperatura: ____ °C | | o FR: ____ lpm | |
| o | AU: ____ cm | Peso: ____ kg | Talla: ____ cm | IMC: ____ |

o

| | | TD | Influenza | Dpta |
|---|---|---|---|---|
| o | ECHAS VACUNA | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

| | |
|---|---|
| ¿Cuál? | |
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

**3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA**

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 32
- Recuento de placa bacteriana: 12 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 A partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas y frecuencia del cepillado dental.

- Compromisos de la gestante:

Asistir Regularmente al odontologo

Nombre médico: _____ Firma: _____
Nombre odontólogo: Heraclio Espinoza Firma: Heraclio E.
Firma de la gestante: [redacted]
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

62

# EVIDENCIA FOTOGRAFICA

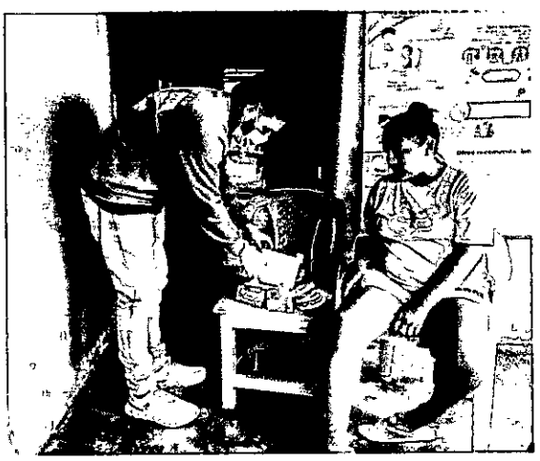
## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | BARRIO LAS MARIAS |
| **Fecha:** | 2 DE AGOSTO -2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **SAIDITH PACHECO VARGAS** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD. AREA URBANA**

**GESTANTE NÚMERO 2:** **VISITA NUMERO 3**





HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 08/08/25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Luz Eli Julio Estrada
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068811605
c) Edad: 36 años
d) Dirección de residencia: Barrio Galan zona (U)(R)
e) Teléfono de contacto: 3225652183
f) EPS: Nueva EPS

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 24
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 08/04/25 - 09/05/25 - 09/06/25 - 09/07/25
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 120 / 80 mmHg | | o FC: 89 lpm | |
| o | Temperatura: 37 °C | | o FR: 16 lpm | |
| o | AU: 25 cm | Peso: 46 kg | Talla: 148 cm | IMC: 21 |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | TD | Influenza | Dpta |
| | | 09/06/25 | 09/06/25 | 09/07/25 |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Hierro | Ac. Fólico | Carbonato de Calcio |
| | | SI | SI | SI |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
  - ¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | Ninguno |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Ninguno
- EDUCACION BRINDADA: Lactancia materna y su importancia

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Adriana Mateus Firma: [signature]

Nombre odontólogo: Luz Eli Julio E. Firma: _____

Firma de la gestante: _____

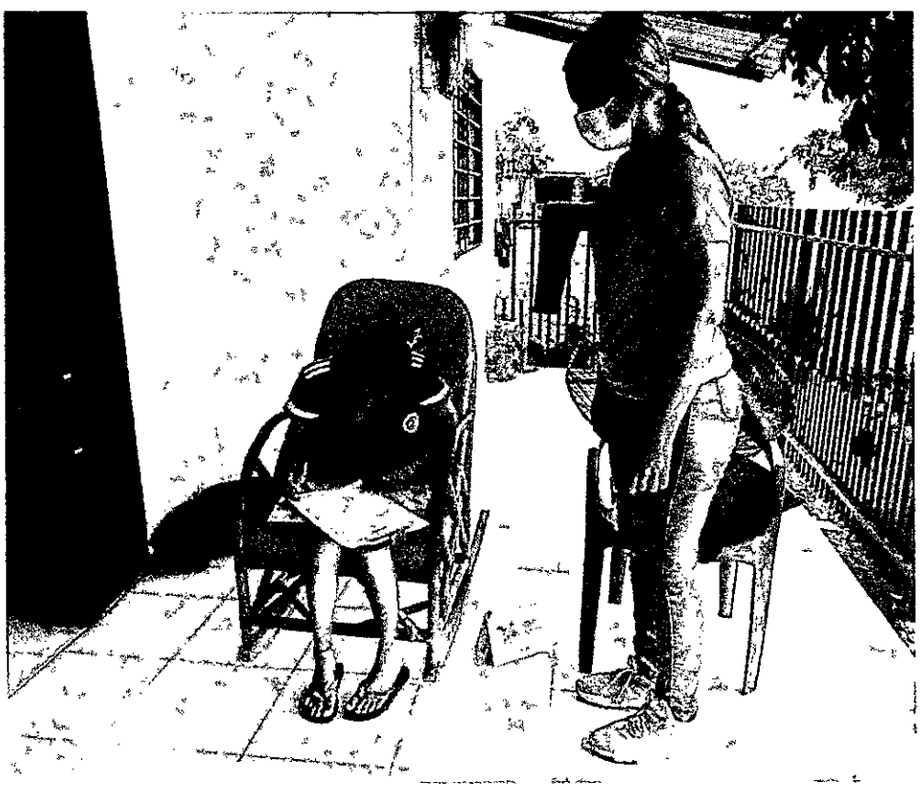
cumplio compromiso SI( ) NO ( ) sin compromiso (X)

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | BARRIO GALAN |
| **Fecha:** | Agosto 8 de 2025 HORA 1:30PM-2:30PM |
| **Personas Intervenidas:** | LUZ ELI JULIO ESTRADA |

## DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR,**

**VISITA NUMERO 3 GESTANTE NUMERO 3**



**FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO**

Fecha de la visita: 2-8-2025 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

**1.INFORMACION GENERAL**

a) Nombre de la gestante: Luz eli julio estrada

b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068811605

c) Edad: 36 años

d) Dirección de residencia: Barrio Galan zona (U) (R)

e) Teléfono de contacto: 3225652183

f) EPS: Nueva EPS

**2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA**

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: _____/_____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o | Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o | AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo

o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

**3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA**

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 32
- Recuento de placa bacteriana: 3,96 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 4/9/2025
- Educación en salud oral brindada:

□ Enseñanza sobre el cepillado, Técnicas del cepillado.

□ Recomendaciones, Cuidado de la boca y encía del bebé

- Compromisos de la gestante:

Asistir a odontología cada 6 meses.

Seguir las recomendaciones para el cuidado de la boca y el bebé

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Horacio Espinosa Firma: Horacio Espinosa

Firma de la gestante: Luz Eli Julio B.

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

68

# EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | BARRIO GALAN |
| **Fecha:** | 2 DE AGOSTO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | LUZ ELI JULIO ESTRADA |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD. URBANA**

**GESTANTE NÚMERO 3:** **VISITA NUMERO 3**



# FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 08/08/25 Municipio: Valledupar Número de visita: (3)

## 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Camila Mestra Dispeza
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1003766518
c) Edad: 23 años
d) Dirección de residencia: Jardin zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3113111116
f) EPS: Coosalud

## 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 37
- Número de controles prenatales: 8
- Fecha de controles prentales: 12/12/24-14/01/25-14/02/25-14/03/25-10/04/25 12/05/25-12/06/25-12/07/25
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 120 / 80 mmHg | | o FC: 71 lpm | |
| o | Temperatura: 36,9 °C | | o FR: 16 lpm | |
| o | AU: 38 cm | Peso: 62 kg | Talla: 1,52 cm | IMC: 26,8 |

o

| | | TD | Influenza | Dpta |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | 12/02/25 | 14/05/25 | 14/05/25 |
| | | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
    ¿Cuál? Ninguno.

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Ninguno
- EDUCACION BRINDADA Factores Riesgo

## 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Camila Mestra

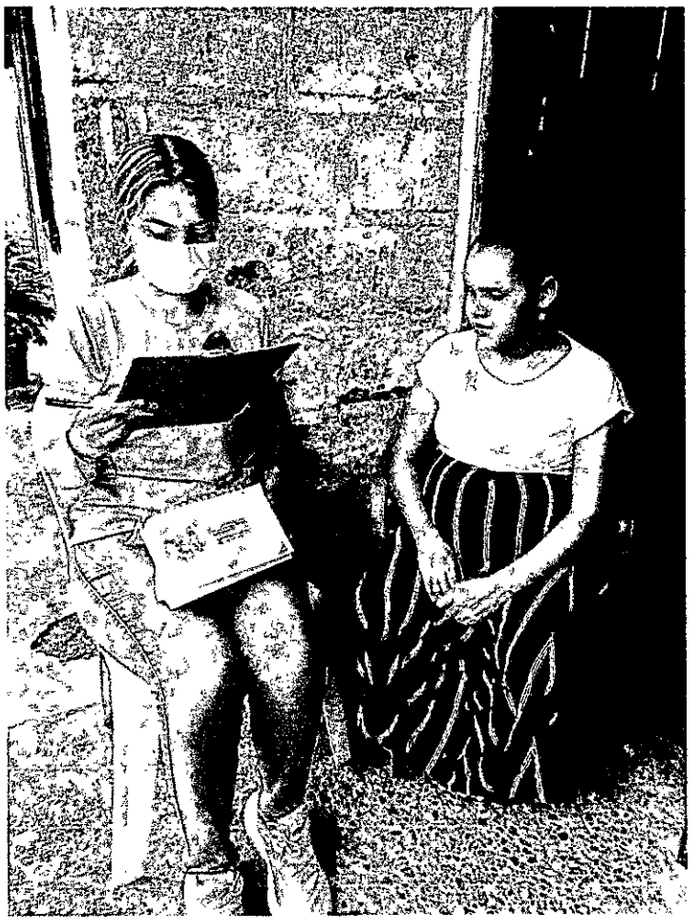
cumplio compromiso SI ( ) NO ( ) sin compromiso (X)

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | BARRIO JARAGUAY |
| **Fecha:** | Agosto 8 de 2025 HORA: 3:00PM-4PM |
| **Personas Intervenidas:** | CAMILA ANDREA MESTRA NISPERUZA |

## DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, GESTANTE NUMERO 4**

VISITA NUMERO 3



## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 2-8-25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Camila Hestia Disperoza
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1039466518.
c) Edad: 23 años
d) Dirección de residencia: Saragoza. zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 311-311-1216
f) EPS: _____

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: ____/____ mmHg | | | o FC: ____ lpm |
| o | Temperatura: ____ °C | | | o FR: ____ lpm |
| o | AU: ____ cm | Peso: ____ kg | Talla: ____ cm | IMC: ____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | ECHAS VACUNA | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 6 Obturados 2 Perdidos 0 Sanos 28.
- Recuento de placa bacteriana: 15 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas y frecuencia del Cepillado Dental.

- Compromisos de la gestante:

Asistir Regularmente al odontologo

Nombre médico: _____ Firma: _____
Nombre odontólogo: Horacio Espinoza Firma: Horacio E.
Firma de la gestante: Camila M.
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

# EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | BARRIO JARAGUAY |
| **Fecha:** | 2 DE AGOSTO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **CAMILA ANDREA MESTRA NISPERUZA** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD. URBANA**

**GESTANTE 4: VISITA : 3**



HOSPITAL SAN JOSE

[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 08/08/25 Municipio: Valencia Número de visita: ( 3 )

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yina Yulieth Hernández Mercado
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1010154820
c) Edad: 30 años
d) Dirección de residencia: Bilbao Bajo zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3215341879
f) EPS: Nueva EPS

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 37
- Número de controles prenatales: 7
- Fecha de controles prentales: 07/01/25-07/02/25-07/03/25-08/04/25-08/05/25 08/06/25-08/07/25
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 120 / 80 mmHg | | o FC: 81 lpm | |
| o | Temperatura: 37 °C | | o FR: 15 lpm | |
| o | AU: 98 cm | Peso: 77 kg | Talla: 1.58 cm | IMC: |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | 07/03/25 | 04/06/25 | 08/05/25 |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: X Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

| | |
|---|---|
| ¿Cuál? | Ninguno |
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ _____

□

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Yina Hernandez

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | BARRIO BIJAGUAL |
| **Fecha:** | Agosto 8 de 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | YINA YULIET HERNANDEZ MERCADO |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NUMERO 5**

**VISITA NUMERO 3**



**FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO**

Fecha de la visita: 2-8-25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

**1.INFORMACION GENERAL**

a) Nombre de la gestante: Yina Hernandez G.

b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1010154820.

c) Edad: 30 años

d) Dirección de residencia: Rejagual. zona (U) (R)

e) Teléfono de contacto: 321-534-1879.

f) EPS: Nueva EPS.

**2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA**

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: _____ / _____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o | Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o | AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |

o

| | | TD | Influenza | Dpta |
|---|---|---|---|---|
| o | ECHAS VACUNA | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo

o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

**3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA**

- COP: Cariados 4 Obturados 4 Perdidos 2 Sanos 30
- Recuento de placa bacteriana: 16 %
- Estado de higiene oral: □ Buena ☒ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha.
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas y frecuencia del Cepillado Dental.

- Compromisos de la gestante: Asistir frecuentemente al odontologo Tecnicas y frecuencia, cepillado 3 veses al dia

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heracio E. Firma: Heracio E.

Firma de la gestante: Yina Hernandez

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | BARRIO BIJAGUAL |
| **Fecha:** | 2 DE AGOSTO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **YINA YULIET HERNANDEZ MERCADO** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD. URBANA**

**GESTANTE 5: VISITA : 3**





HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 4/08/25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Luz Estela Noble Torres
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1003467683
c) Edad: 24 años
d) Dirección de residencia: Barrio las marias zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3225075766
f) EPS: Coosalud

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 25
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 31/03/25 - 30/04/25 - 28/05/25 - 27/06/25
- Signos vitales: 26/07/25

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 100 / 80 mmHg | | o FC: 91 lpm | |
| o | Temperatura: 37.4 °C | | o FR: 17 lpm | |
| o | AU: 26 cm | Peso: 90 kg | Talla: 1,58 cm | IMC: |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | 22/05/25 | 22/05/25 | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: X Bueno □ Regular □ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Vacunarse la Dpta según carnet de vacunación.
- EDUCACION BRINDADA: lactancia materna y cuidados prenatales

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ _____

□

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Adriana Hoyos Firma: [signature]

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Luz Estela Nobles

cumplio compromisos SI( ) NO( ) sin compromisos (X)

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **BARRIO LAS MARIAS** |
| **Fecha:** | **Agosto 9 de 2025 HORA: 8:AM** |
| **Personas Intervenidas:** | **LUZ ESTELA NOBLES TORRES** |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 6**

**VISITA NUMERO 3**



[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 2-8-25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Luz Noble Torres
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1003467683
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: _____ zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 321-507-5766
f) EPS: Coosalud

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: ____/____ mmHg | | o FC: ____ lpm | |
| o | Temperatura: ____ °C | | o FR: ____ lpm | |
| o | AU: ____ cm | Peso: ____ kg | Talla: ____ cm | IMC: ____ |
| o | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | TD | Influenza | Dpta |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Hierro | Ac. Fólico | Carbonato de Calcio |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 31
- Recuento de placa bacteriana: 11 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Técnicas y frecuencia de cepillado
□ Dental, uso de la seda dental

- Compromisos de la gestante:

Asistir regularmente al odontologo

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Horacio E. Firma: Horacio E.

Firma de la gestante: Luz noble

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (NA)

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | BARRIO LAS MARIAS |
| **Fecha:** | 2 DE AGOSTO DE 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | LUZ ESTELA NOBLES TORRES |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.**

**GESTANTE :6 VISITA: 3**



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 16/04/25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Yeranis Lianne Martinez
b) Tipo documento ID: TI Número documento identidad: 1065098869
c) Edad: 15 años
d) Dirección de residencia: Barrio Nazareth zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3193348816
f) EPS: Cadacon

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 16
- Número de controles prenatales: 3
- Fecha de controles prentales: 10/05/25 - 10/06/25 - 10/07/25
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 100 / 60 mmHg | | o FC: 79 lpm | |
| o | Temperatura: 37,1 °C | | o FR: 15 lpm | |
| o | AU: ____ cm | Peso: 57 kg | Talla: 1,57 cm | IMC: 23,1 |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | 17/06/25 | 17/06/25 | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: X Bueno □ Regular □ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
  ¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | Ninguno. |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Ninguno
- EDUCACION BRINDADA

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ _____

□

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Yaneth Arteaga. Firma: _____

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Yeranis Lianne Martinez

Usuario cumplió compromisos SI( ) NO( ) Sin compromisos (X)

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **BARRIO NAZARET** |
| **Fecha:** | **Agosto 9 de 2025** |
| **Personas Intervenidas:** | **NERIANIS LLORENTE MARTINEZ** |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 7**

**VISITA NUMERO 3**



[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 2-8-25 Municipio: Valencia. Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Deriaris Florente Martinez
b) Tipo documento ID: TI Número documento identidad: 1085098869.
c) Edad: 15 años
d) Dirección de residencia: B/ Nazareth. zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 310-834-8096
f) EPS: Caja Copi.

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: ____/____ mmHg | | o FC: ____ lpm | |
| o | Temperatura: ____ °C | | o FR: ____ lpm | |
| o | AU: ____ cm | Peso: ____ kg | Talla: ____ cm | IMC: ____ |

o

| | | TD | Influenza | Dpta |
|---|---|---|---|---|
| o | ECHAS VACUNA | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 2 Perdidos 0 Sanos 26.
- Recuento de placa bacteriana: 12 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas y frecuencia del cepillado dental.

- Compromisos de la gestante:

Asistir regularmente al odontologo

Nombre médico: _____ Firma:
Nombre odontólogo: Horacio Espinoza Firma: Horacio E.
Firma de la gestante: Deriaris Florente Martinez
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: ~~(SI)~~ (NO) sin compromisos anteriores ( )

42

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | BARRIO NAZARET |
| **Fecha:** | 2-AGOSTO DE 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **NERIANIS LLORENTE MARTINEZ** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.**

**GESTANTE NÚMERO 7: VISITA NÚMERO : 3**






HOSPITAL SAN JOSE

[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 09/08/25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Daniela Cordoba Negrete
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1003335360
c) Edad: 24 años
d) Dirección de residencia: Barrio los Naranjos zona (U)(R)
e) Teléfono de contacto: 3219781434
f) EPS: Mutualser

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 22
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 26/03/25 - 22/04/25 - 20/05/25 - 20/06/25 20/07/25
- Signos vitales:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 110 / 70 mmHg | | | o FC: 80 lpm | |
| o | Temperatura: 37,1 °C | | | o FR: 17 lpm | |
| o | AU: 24 cm | Peso: 57 kg | Talla: 1,59 cm | | IMC: 22,6 |
| o | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | TD | Influenza | Dpta |
| | | 20/05/25 | 20/05/25 | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Hierro | Ac. Fólico | Carbonato de Calcio |
| | | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
    ¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Ninguno
- EDUCACION BRINDADA Factores Maternos

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Adriana Arteaga Firma: [signature]

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Daniela cordoba

Compromisos SI ( ) NO ( ) Sin compromisos (X)

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **BARRIO LAS MARIAS** |
| **Fecha:** | **Agosto 9 de 2025** |
| **Personas Intervenidas:** | **DANIELA CORDOBA NEGRETE** |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 8**

**VISITA NUMERO 3**



**FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO**

Fecha de la visita: 2-8-25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

**1.INFORMACION GENERAL**

a) Nombre de la gestante: Daniela Cordoba Negrete.
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1083735360
c) Edad: 34. años
d) Dirección de residencia: V I Villa Nueva. zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 321-778-1434
f) EPS: Mutual Ser.

**2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA**

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | |
|---|---|---|---|
| o Presión arterial: _____ / _____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | ECHAS VACUNA | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

**3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA**

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 28
- Recuento de placa bacteriana: 6.25 %
- Estado de higiene oral: ◉ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
□ Tecnicas y frecuencia del cepillado dental
- Compromisos de la gestante: Asistir Regularmente al odontologo.
Tecnicas y frecuencia del cepillado oral.

Nombre médico: _____ Firma:
Nombre odontólogo: Heardo Espinoza Firma: Heraclio E.
Firma de la gestante: Daniela Cordoba
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: ~~(SI)~~ (NO) sin compromisos anteriores ( )

96

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | VALENCIA |
| **Fecha:** | 2- AGOSTO DE 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **DANIELA CORDOBA NEGRETE** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD. URBANA**

**GESTANTE : 8 VISITA NÚMERO 3**






HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 08/10/2025 Municipio: Valledupar Número de visita: ( 3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Ingris Carolina Martinez Martinez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068807219
c) Edad: 26 años
d) Dirección de residencia: Barrio los Mangos zona (U)(R)
e) Teléfono de contacto: 3135362316
f) EPS: Nueva EPS

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 19
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 29/04/25 - 27/05/25 - 27/06/25 - 24/07/25
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 120 / 80 mmHg | | o FC: 76 lpm | |
| o | Temperatura: 37,2 °C | | o FR: 15 lpm | |
| o | AU: 21 cm | Peso: 68 kg | Talla: 1,53 cm | IMC: 29 |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | 12/06/25 | 16/06/25 | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: X Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
  - ¿Cuál? —

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | Ninguno |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Ninguno
- EDUCACION BRINDADA Factores Maternos.

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ _____

□

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Adela Ariza Vega Firma:

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Ingris Martinez

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

98

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **BARRIO LAS MARIAS** |
| **Fecha:** | **Agosto 10 de 2025** |
| **Personas Intervenidas:** | **NGRIS CAROLINA MARTINEZ MARTINEZ** |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 9**

**VISITA NUMERO 3**





## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 2-8-25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Ingris Martinez.
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068807219
c) Edad: 26 años
d) Dirección de residencia: U/ Pescado abajo zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 313-536-2312.
f) EPS: Nueva EPS.

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: _____ / _____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o | Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o | AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | ECHAS VACUNA | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
    ¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 28.
- Recuento de placa bacteriana: 15 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
  □ Tecnicas y frecuencia del cepillado Dental.
- Compromisos de la gestante:
  Asistir Regularmente al odontologo

Nombre médico: _____ Firma:
Nombre odontólogo: Heraclio E. Firma: Heraclio E.
Firma de la gestante: Ingris Martinez
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (N)

# EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | BARRIO LAS MARIAS |
| **Fecha:** | 2 AGOSTO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **INGRIS CAROLINA MARTINEZ MARTINEZ** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD. URBANA**

***GESTANTE 9: VISITA : 3***



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: Agto/0/25 Municipio: Labranza Número de visita: ( 3 )

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Luisa fernanda Rivas lara
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1067861767
c) Edad: 18 años
d) Dirección de residencia: Barrio Brisas del zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3132563117
f) EPS: Nueva EPS

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 27
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 06/05/25-03/06/25-04/07/25-04/08/25
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 100 / 70 mmHg | | o FC: 74 lpm | |
| o | Temperatura: 28 °C | | o FR: 15 lpm | |
| o | AU: 28 cm | Peso: 64 kg | Talla: 1.58 cm | IMC: |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | TD | Influenza | Dpta |
| | | 06/05/25 | 06/05/25 | 04/08/25 |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Hierro | Ac. Fólico | Carbonato de Calcio |
| | | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: X Bueno □ Regular □ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | Ninguno. |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Ninguno.
- EDUCACION BRINDADA lactancia materna.

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ _____

□

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: [redacted] Firma: [redacted]

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Luisa Rivas

compromisos SI( ) NO( ) sin compromisos (X)

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **BARRIO BIJAGUAL** |
| **Fecha:** | **Agosto 10 de 2025** |
| **Personas Intervenidas:** | **LUISA FERNANDA RIVAS LARA** |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 10**

**VISITA NUMERO 3**



**FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO**

Fecha de la visita: 2-8-25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

**1.INFORMACION GENERAL**

a) Nombre de la gestante: Luisa Fernanda Rivas L.
b) Tipo documento ID: CE Número documento identidad: 1007861961.
c) Edad: 18 años
d) Dirección de residencia: V/Villa Nueva zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 313.2563118
f) EPS: Nueva EPS

**2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA**

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | |
|---|---|---|---|
| o Presión arterial: _____ / _____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | TD | Influenza | Dpta |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Hierro | Ac. Fólico | Carbonato de Calcio |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
    ¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

**3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA**

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 1 Sanos 31
- Recuento de placa bacteriana: 73 %
- Estado de higiene oral: ☒Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ SÍ ☒No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha.
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas de cepillado
  - □ Frecuencia del cepillado
- Compromisos de la gestante:

Asistir Regularmente al odontologo

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Horacio E. Firma: Horacio E.

Firma de la gestante: Luisa Rivas

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

94

Hospital San José

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

Gobernación de Córdoba

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | VALENCIA |
| **Fecha:** | 2 DE AGOSTO DE 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **LUISA FERNANDA RIVAS LARA** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD. URBANA**

**GESTANTE: 10 VISITA: 3**



# FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 08/10/2025 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

## 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Miledis Padilla urbanes
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1067928863
c) Edad: 31 años
d) Dirección de residencia: 3143263758 - Barrio 20 enero zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3143263758.
f) EPS: Nueva EPS

## 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 27
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 08/04/25 - 11/05/25 - 11/06/25 - 11/07/25
- Signos vitales: 11/08/25

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 120 / 80 mmHg | | o FC: 78 lpm | |
| o | Temperatura: 37.1 °C | | o FR: 16 lpm | |
| o | AU: _____ cm | Peso: 72 kg | Talla: 1,51 cm | IMC: _____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | TD | Influenza | Dpta |
| | | 11/02/25 | 03/06/25 | 06/08/25 |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Hierro | Ac. Fólico | Carbonato de Calcio |
| | | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | Ninguno. |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Ninguno
- EDUCACION BRINDADA

## 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____
☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Miledis Padilla
cumplio compromisos si (X) NO ( ) sin compromisos ( )

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **BARRIO 20 E ENERO** |
| **Fecha:** | **Agosto 10 de 2025** |
| **Personas Intervenidas:** | **MILEDYS PADILLA URBANES** |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 11**

**VISITA NUMERO 3**



[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 2-8-25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Hiledis Padilla
b) Tipo documento ID: CC. Número documento identidad: 1007928863
c) Edad: 31 años
d) Dirección de residencia: V/ Pescao Abajo zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 314.352.3758.
f) EPS: Nueva EPS.

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: _____/_____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o | Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o | AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |
| o | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | TD | Influenza | Dpta |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Hierro | Ac. Fólico | Carbonato de Calcio |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 30
- Recuento de placa bacteriana: 17 %
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☒ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

☐ Tecnicas de cepillado oral
☐ Frecuencias del cepillado dental

- Compromisos de la gestante:

Asistir Regularmente al odontologo

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Horacio E Firma: Horacio E

Firma de la gestante: Hiledis Padilla

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

[redacted]

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

# EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | VALENCIA |
| **Fecha:** | 2 DE AGOSTO DE 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **MILEDYS PADILLA URBANES** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD. URBANA**

**GESTANTE: 11 VISITA: 3**





HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 08/10/2025 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Monica Patricia Lopez Guette
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1085271380
c) Edad: 18 años
d) Dirección de residencia: Barrio Cocuri zona (U)(R)
e) Teléfono de contacto: 3106817798
f) EPS: Nueva EPS

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 18
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 06/05/25-03/06/25-04/07/25-04/08/25
- Signos vitales:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 110/70 mmHg | | | o FC: 82 lpm | |
| o | Temperatura: 37,1 °C | | | o FR: 14 lpm | |
| o | AU: 20 cm | Peso: 84 kg | Talla: 1,58 cm | | IMC: 33,7 |

o

| | | TD | Influenza | Dpta |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | 18/05/25 | 18/05/25 | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: X Bueno □ Regular □ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál? Ninguno.

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Ninguno
- EDUCACION BRINDADA Lactancia Materna

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ _____

□

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: [redacted] Firma: [redacted]

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Monica Lopez Guette

Cumplio compromisos SI (X) NO ( ) Sin compromisos ( )

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **BARRIO GALAN** |
| **Fecha:** | **Agosto 10 de 2025** |
| **Personas Intervenidas:** | **MONICA PATRICIA LOPEZ CUETTE** |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 12**

**VISITA NUMERO 3**



HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 2-8-25 Municipio: Tierralta Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Monica Goette Lopez
b) Tipo documento ID: cc Número documento identidad: 1080571738
c) Edad: 18 años
d) Dirección de residencia: v/villa nueva zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3106812799
f) EPS: Nueva EPS

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: _____/_____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o | Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o | AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

| | |
|---|---|
| ¿Cuál? | |
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 2 Perdidos 0 Sanos 28
- Recuento de placa bacteriana: 3/33 %
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ Enseñanza sobre el cepillado, Tecnicas del cepillado.
□ Recomendaciones, aseado de la boca y encia del bebe

- Compromisos de la gestante:

Asistir a odontologia cada 6 meses.
Seguir las recomendaciones para el cuidado de la boca y el bebe

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Aracelis Espinoza Firma: Aracelis Espinoza

Firma de la gestante: Monica Goette.

# EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | VALENCIA |
| **Fecha:** | 2 DE AGOSTO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **MONICA PATRICIA GUETTE** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.**

**GESTANTE 12: VISITA : 3**






HOSPITAL SAN JOSE

[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 11/08/25 Municipio: Lorica Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Natalia Berrio Robles
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1014472897
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: Barrio Galan zona (U)(R)
e) Teléfono de contacto: 3145457907
f) EPS: Mutualser

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 14
- Número de controles prenatales: 3
- Fecha de controles prentales: 19/06/25 - 19/07/25 - 19/08/25
- Signos vitales:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 110 / 70 mmHg | | | o FC: 78 lpm | |
| o | Temperatura: 37.2 °C | | | o FR: 16 lpm | |
| o | AU: 16 cm | Peso: 58 kg | Talla: 1.56 cm | | IMC: |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | TD | Influenza | Dpta |
| | | 19/07/25 | 19/07/25 | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Hierro | Ac. Fólico | Carbonato de Calcio |
| | | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

| | |
|---|---|
| ¿Cuál? | Ninguno. |
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Ninguno
- EDUCACION BRINDADA Cuidados prenatales.

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: [signature] Firma: [signature]

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Natalia Berrio

compromiso cumplio si ( ) no ( ) sin compromiso ( )

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **BARRIO GALAN** |
| **Fecha:** | **Agosto 11 de 2025** |
| **Personas Intervenidas:** | **NATALIA BERRIO ROBLES** |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 13**

**VISITA NUMERO 3**



104

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 2-8-25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Natalia Berrio Robles
b) Tipo documento ID: CC. Número documento identidad: 1101442897.
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: V/ Villa Nueva zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3145452907
f) EPS: Mutual Ser.

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | |
|---|---|---|---|
| o Presión arterial: _____ / _____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | ECHAS VACUNA | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 31
- Recuento de placa bacteriana: 18. %
- Estado de higiene oral: □ Buena ☒ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la Fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Técnicas y frecuencia del cepillado Dental

- Compromisos de la gestante:

Asistir Regularmente al odontologo.

Nombre médico: _____ Firma:
Nombre odontólogo: Heraclio E. Firma: Heraclio E.
Firma de la gestante: Natalia Berrio.
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

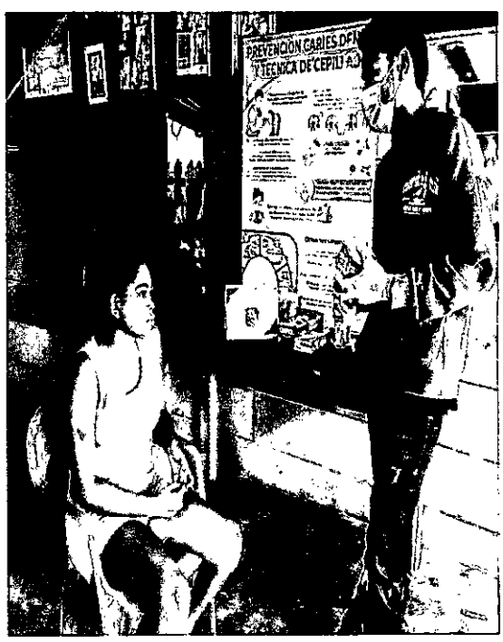
# EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | VALENCIA |
| **Fecha:** | 2 DE AGOSTO DE 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **NATALIA BERRIO ROBLES** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD. URBANA**

**GESTANTE 13: VISITA: 3**





[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 08/11/25 Municipio: Valledupar Número de visita: (3)

### 1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Diana Peralta Caballero Galvis
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1065812374
c) Edad: 36 años
d) Dirección de residencia: Bonito Oriente zona (U)(R)
e) Teléfono de contacto: 3105416234
f) EPS: Nueva EPS.

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 38
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 19/03/25-11/04/25-13/05/25-09/06/25-07/07/25.
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 116/70 mmHg | | o FC: 69 lpm | |
| o | Temperatura: 37 °C | | o FR: 16 lpm | |
| o | AU: 29 cm | Peso: 56 kg | Talla: 150 cm | IMC: 24,8 |

o

| | | TD | Influenza | Dpta |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | 13/05/25 | 13/05/25 | 11/04/25 |
| | | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | SI | SI | SI |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: X Bueno □ Regular □ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: __ NO: X
  ¿Cuál? Ninguno.

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Ninguno
- EDUCACION BRINDADA preparacion del parto.

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:
- □ _____
- □
- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Diana Mega. Firma:

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Digna C

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

107

| | |
|---|---|
| Lugar: | BARRIO LA CRUZ |
| Fecha: | Agosto 11 de 2025 |
| Personas Intervenidas: | DIANA CECILIA CABALLERO GALVIS |

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 14

VISITA NUMERO 3



108

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 2-8-25 Municipio: Valencia. Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Diana Caballero Galvis.
b) Tipo documento ID: cc. Número documento identidad: 1068812374
c) Edad: 36 años
d) Dirección de residencia: B5 San marcos - Jerusalen zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: _____
f) EPS: Nueva EPS

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: ____ / ____ mmHg | | o FC: ____ lpm | |
| o | Temperatura: ____ °C | | o FR: ____ lpm | |
| o | AU: ____ cm | Peso: ____ kg | Talla: ____ cm | IMC: ____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | ECHAS VACUNA | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 4 Perdidos 0 Sanos 24
- Recuento de placa bacteriana: 16 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas y frecuencia del Cepillado. Dental

- Compromisos de la gestante:

Asistir Regularmente al odontologo.

Nombre médico: _____ Firma:
Nombre odontólogo: Heraclio E. Firma: Heraclio E.
Firma de la gestante: Diana.
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | VALENCIA |
| **Fecha:** | 2 DE AGOSTO DE 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **DIANA CECILIA CABALLERO GALVIS** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD. URBANA**

**GESTANTE 14: VISITA: 3**





HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: Agosto 12 Municipio: Valledupar Número de visita: 3

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Carina Cecilia Pabon
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1070816271
c) Edad: 24 años
d) Dirección de residencia: B/ Vijagual zona (U)(R)
e) Teléfono de contacto: 3106175738
f) EPS: Nueva EPS.

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 33
- Número de controles prenatales: 6
- Fecha de controles prentales: 02/02/25 – 01/03/25 – 09/04/25 – 24/05/25.
- Signos vitales: 25/06/25 – 22/07/25

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 100/70 mmHg | | o FC: 79 lpm | |
| o | Temperatura: ____ °C | | o FR: 16 lpm | |
| o | AU: 34 cm | Peso: 83 kg | Talla: ____ cm 160 | IMC: 32.4 |
| o | | | | |

| | | TD | Influenza | Dpta |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | 07/04/25 | 10/03/25 | 20/06/25 |
| | | Hierro | Ac. Fólico | Carbonato de Calcio |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | SI | SI | SI |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: X Bueno ☐ Regular ☐ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
  - ¿Cuál? _____

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | Ninguno. |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Ninguno.
- EDUCACION BRINDADA Cambios fisicos y emocionales en el embarazo

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: [illegible] Firma: [signature]

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Carmen Parra C.

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **BARRIO JARAGUAY** |
| **Fecha:** | **Agosto 12 de 2025** |
| **Personas Intervenidas:** | **CARMEN CECILIA PARRA** |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 15**

**VISITA NUMERO 3**




12

**FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO**

Fecha de la visita: 2-8-25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

**1.INFORMACION GENERAL**

a) Nombre de la gestante: Carmen Parra Guerra.
b) Tipo documento ID: CC. Número documento identidad: 1070816217
c) Edad: 34 años
d) Dirección de residencia: B/ Bijagual. zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 310-617-5738
f) EPS: Nueva EPS

**2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA**

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: _____ / _____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o | Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o | AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | ECHAS VACUNA | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

**3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA**

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 28
- Recuento de placa bacteriana: 16 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas y Frecuencia del Cepillado Dental

- Compromisos de la gestante:

Asistir Regularmente al odontologo

Nombre médico: _____ Firma: _____
Nombre odontólogo: Heraclio E. Firma: Heraclio E.
Firma de la gestante: Carmen Parra
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

1/3

# EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | VALENCIA |
| **Fecha:** | 2 DE AGOSTO DE 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **CARMEN CECILIA PARRA** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD. URBANA**

**GESTANTE 15: VISITA NÚMERO 3**






| | |
|---|---|
| **Fecha:** | 2 DE AGOSTO DE 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **CARMEN CECILIA PARRA** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD. URBANA**

**~~GESTANTE 15: VISITA NÚMERO 3~~**






# RURAL

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 08/08/25 - Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1.INFORMACIÓN GENERAL

a) Nombre de la gestante: Brenda Lopez Hernandez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1003966667
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: Villaleva zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 32626729
f) EPS: Nueva eps

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 33
- Número de controles prenatales: 7
- Fecha de controles prentales: 21/04/25-26/02/25-22/03/25-21/04/25-21/05/25 21/06/25-21/07/25
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 130 / 90 mmHg | | o FC: 91 lpm | |
| o | Temperatura: 37,4 °C | | o FR: 19 lpm | |
| o | AU: 34 cm | Peso: 109 kg | Talla: 1,62 cm | IMC: 40,4 |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | 26/03/25 | 21/05/25 | 21/05/25 |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál? Ninguno.

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Ninguno.
- EDUCACION BRINDADA cuidados prenatales

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: [signature] Firma: [signature]

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Brenda Lopez H

Cumplió SI ( ) NO ( ) SIN compromiso (X)

1/2

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **VILLANUEVA** |
| **Fecha:** | **Agosto 8 de 2025 HORA 7:30AM** |
| **Personas Intervenidas:** | **BRENDA LOPEZ** |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 1**

**VISITA NUMERO 3**



HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 27-7-25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Brenda Lopez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1004666670
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: V / Villa Noeo9 zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3226267229
f) EPS: N. EPS

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: _____ / _____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o | Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o | AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | TD | Influenza | Dpta |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Hierro | Ac. Fólico | Carbonato de Calcio |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

| | |
|---|---|
| ¿Cuál? | |
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 2 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 27
- Recuento de placa bacteriana: 16 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ SÍ ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
  - □ Tecnicas del Cepillado Oral
  - □ Frecuencias del Cepillado Bucal
- Compromisos de la gestante:

Asistir Periodicamente al Odontologo

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heredia E. Firma: Heredia E.

Firma de la gestante: Brenda Lopez

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

19

# EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | VILLANUEVA |
| **Fecha:** | 27 DE JULIO de 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | BRENDA LOPEZ HERNANDEZ |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.**

**GESTANTE NUMERO 1: VISITA NUMERO 3**





## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 08/08/25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Cindy Patricia Villalba Herrera
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068815847
c) Edad: 33 años
d) Dirección de residencia: Villanueva zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3225673301
f) EPS: Mutualser

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 28
- Número de controles prenatales: 6
- Fecha de controles prentales: 25/02/25-25/03/25-25/04/25-25/05/25
- Signos vitales: 26/06/25 26/07/25

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 120 / 80 mmHg | | o FC: 89 lpm | |
| o | Temperatura: 37 °C | | o FR: 15 lpm | |
| o | AU: 29 cm | Peso: 79 kg | Talla: 1,60 cm | IMC: 30,8 |

o

| | | TD | Influenza | Dpta |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | 24/04/25 | 26/04/25 | 26/07/25 |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Hierro | Ac. Fólico | Carbonato de Calcio |
| | | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
  - ¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | Ninguno |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Ninguno
- EDUCACION BRINDADA Factancia Materna

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

□ _____

□

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Andrea Moreno Firma: Andrea Moreno

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Cindy V.H

Cumplo compromisos SI ( ) NO ( ) sin compromisos (X)

12

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **VILLANUEVA** |
| **Fecha:** | **Agosto 8 de 2025 HORA: 9am** |
| **Personas Intervenidas:** | **CINDY PATRICIA VILLALBA HERRERA** |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 2**

**VISITA NUMERO 3**



**FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO**

Fecha de la visita: 27-7-25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

**1.INFORMACION GENERAL**

a) Nombre de la gestante: Cindy Villalba Herrera.
b) Tipo documento ID: CC. Número documento identidad: 1068815847
c) Edad: 33 años
d) Dirección de residencia: Villa Nueva zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 322-567-3019
f) EPS: Mutual Ser.

**2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA**

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: _____ / _____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o | Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o | AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | ECHAS VACUNA | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

| | |
|---|---|
| ¿Cuál? | |
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

**3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA**

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 32.
- Recuento de placa bacteriana: 15 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas y frecuencia del cepillado oral.

- Compromisos de la gestante: _____

Nombre médico: _____ Firma: _____
Nombre odontólogo: Horacio Espinoza Firma: Horacio E.
Firma de la gestante: Cindy Vill.
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

12

# EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | VILLANUEVA |
| **Fecha:** | 27 JULIO de 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | CINDY PATRICIA VILLALBA HERRERA |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.**

**GESTANTE NUMERO 2: VISITA NUMERO 3**



# FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 08/09/25 Municipio: Valledupar Número de visita: (3)

## 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Claudia Pestana Ramos
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1067906796
c) Edad: 33 años
d) Dirección de residencia: Villanueva zona (U) (R)X
e) Teléfono de contacto: 3215652969
f) EPS: Mutualser

## 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 18
- Número de controles prenatales: 4
- Fecha de controles prentales: 29/05/25 – 27/06/25 – 04/08/25.
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 110 / 60 mmHg | | o FC: 80 lpm | |
| o | Temperatura: 37 °C | | o FR: 15 lpm | |
| o | AU: 20 cm | Peso: 74 kg | Talla: 1,58 cm | IMC: 29,7 |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | TD | Influenza | Dpta |
| | | 27-06-25 | 27 06 25 | 04-08/25 |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Hierro | Ac. Fólico | Carbonato de Calcio |
| | | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
    ¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: Seguir con la Vacuna y los controles
- EDUCACION BRINDADA: Cambios físicos y emocionales en el embarazo.

## 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Stefany Moreno Firma: Stefany Moreno.

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Claudia Pestana

cumplio compromiso SI (X) NO ( ) Sin compromiso ( )

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **VILLANUEVA** |
| **Fecha:** | **agosto 9 de 2025 HORA: 8:am** |
| **Personas Intervenidas:** | **CLAUDIA PESTANA RAMOS** |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 3**

**VISITA NUMERO 3**



pic

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 27-7-25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Claudia Patricia Pestana
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1067906796
c) Edad: 34 años
d) Dirección de residencia: Villa Nueva zona (U)~~(R)~~
e) Teléfono de contacto: 3216914638
f) EPS: mutual ser

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: _____ / _____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o | Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o | AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo

o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 1 Perdidos 0 Sanos 31
- Recuento de placa bacteriana: 13 %
- Estado de higiene oral: ~~□~~ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ SI ~~□~~ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas del cepillado Oral

□ Frecuencia del cepillado oral

- Compromisos de la gestante:

Asistir regularmente al odont.

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio. E Firma: Heraclio E

Firma de la gestante: claudia pestana

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

127

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | VILLANUEVA |
| **Fecha:** | 27 DE JULIO DE 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | CLAUDIA PESTANA RAMOS |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.**

**GESTANTE NUMERO 3:** **VISITA NUMERO 3**






HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 09/08/25 Municipio: Valledupar Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Erlinda Patricia Carrillo Mejia
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068914183
c) Edad: 35 años
d) Dirección de residencia: Villaquera zona (U) (R) X
e) Teléfono de contacto: 3013851011
f) EPS: Nueva EPS

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 35
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 12/03/25 - 10/04/25 - 12/05/25 - 12/06/25 - 12/07/25
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 100 / 70 mmHg | | o FC: 85 lpm | |
| o | Temperatura: 36.0 °C | | o FR: 15 lpm | |
| o | AU: 36 cm | Peso: 75 kg | Talla: 156 cm | IMC: 30.8 |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | TD | Influenza | Dpta |
| | | 26/05/25 | 26/05/25 | 26/05/25 |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Hierro | Ac. Fólico | Carbonato de Calcio |
| | | SI | SI | SI |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: X Bueno □ Regular □ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | Ninguno |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Ninguno
- EDUCACION BRINDADA Factores maternos

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:
- □ _____
- □
- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Sharon Moreno Firma: Sharon Moreno

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Erlinda Carrillo

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (N/A)

129

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **VILLANUEVA** |
| **Fecha:** | **Agosto 9 de 2025 HORA: 10am** |
| **Personas Intervenidas:** | **ERLINDA PATRICIA CARVAJAL MEJIA** |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 4**

**VISITA NUMERO 3**



130

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 27-7-25 Municipio: Valencia. Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Erlinda Carvajal. Mejia.
b) Tipo documento ID: CC. Número documento identidad: 1088814183
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: Villa Nueva zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 301-385-1011
f) EPS: Nueva EPS

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: _____ / _____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o | Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o | AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | ECHAS VACUNA | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 2 Perdidos 4 Sanos 24
- Recuento de placa bacteriana: 15 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

☐ Tecnicas y frecuencia del cepillado oral.

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: _____ Firma:
Nombre odontólogo: Heraclio E. Firma: Heraclio E.
Firma de la gestante: Erlinda Carvajal.
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

121

# EVIDENCIA FOTOGRAFICA

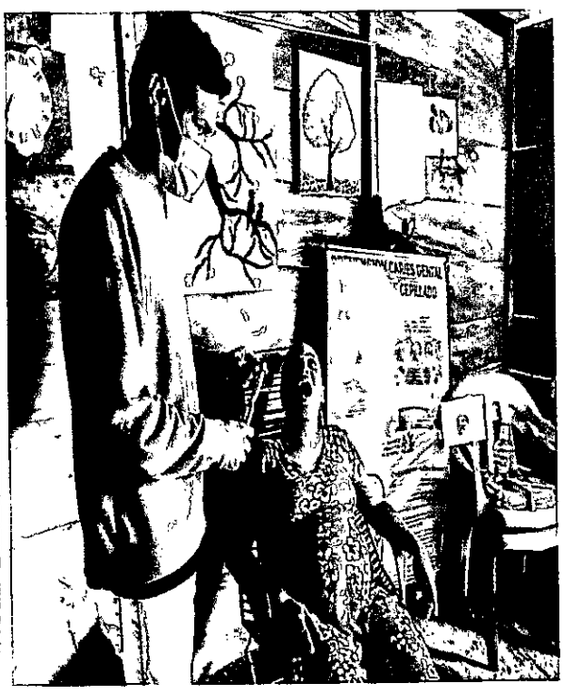
## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | VILLANUEVA |
| **Fecha:** | 27 DE JULIO DE 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | ERLINDA PATRICIA CARVAJAL MEJIA |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.**

**GESTANTE NUMERO 4: VISITA NUMERO 3**






32

# FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 08/09/25 Municipio: Valledupar Número de visita: 3

## 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Eva Saray Triana Perez
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1072997023
c) Edad: 32 años
d) Dirección de residencia: Villanueva zona (U) ~~(R)~~ X
e) Teléfono de contacto: 3223521442O
f) EPS: Nueva EPS

## 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 30
- Número de controles prenatales: 3
- Fecha de controles prentales: 10/06/25 - 10/7/25 - 10/8/25.
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 120/80 mmHg | | o FC: 80 lpm | |
| o | Temperatura: 37 °C | | o FR: 15 lpm | |
| o | AU: 32 cm | Peso: 70 kg | Talla: 152 cm | IMC: 30 |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | TD | Influenza | Dpta |
| | | 10/06/25 | 10/06/25 | 10/07/25 |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Hierro | Ac. Fólico | Carbonato de Calcio |
| | | SI | SI | SI |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: X Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | Ninguno |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Ninguno
- EDUCACION BRINDADA

## 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Sharon Noriega Firma: Sharon Noriega.

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: EVA TRIANA

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **VILLANUEVA** |
| **Fecha:** | **Agosto 9 de 2025 HORA: 1pm** |
| **Personas Intervenidas:** | **EVA SANDRY TRIANA PEREZ** |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 5**

**VISITA NUMERO 3**



134

vpic

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 27-7-25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Eva Sabina Triana
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1073997023
c) Edad: 32 años
d) Dirección de residencia: Villa Nueva zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: _____
f) EPS: N. EPS

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | |
|---|---|---|---|
| o Presión arterial: _____ / _____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | TD | Influenza | Dpta |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Hierro | Ac. Fólico | Carbonato de Calcio |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA _____

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 32
- Recuento de placa bacteriana: 16 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ SÍ ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 A partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas y frecuencia del Cepillado
□ Uso Correcto de la Seda Dental

- Compromisos de la gestante:

Asistir Regolamente al odontologo

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Horacio E Firma: Horacio E.

Firma de la gestante: Eva TRIANA

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

25

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | VILLANUEVA |
| **Fecha:** | 27 DE JULIO DE 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **EVA SANDRY TRIANA PEREZ** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.**

**GESTANTE NUMERO 5: VISITA NUMERO 3**





136

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 08/10/25 Municipio: Valencia Número de visita: ( 3 )

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Indira Patricia Talaigua Pantoja
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068819706
c) Edad: 30 años
d) Dirección de residencia: Jaraguay zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3116450147
f) EPS: Nueva EPS

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 34,1
- Número de controles prenatales: 7
- Fecha de controles prentales: 07/01/25-07/02/25-07/03/25-09/04/25-09/05/25 09/06/25-09/07/25
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 120 / 80 mmHg | | o FC: 82 lpm | |
| o | Temperatura: 36 °C | | o FR: 16 lpm | |
| o | AU: 35 cm | Peso: 74 kg | Talla: 1,61 cm | IMC: 28,2 |

o

| | | TD | Influenza | Dpta |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | 14/02/25 | 14/02/25 | 30/07/25 |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: ☒ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
¿Cuál? Ninguno

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE Ninguno
- EDUCACION BRINDADA Lactancia materna y Salud mental

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____
☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: [redacted] Firma: [redacted]

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Indira Talaigua P.

137

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **VILLANUEVA** |
| **Fecha:** | **Agosto 10 de 2025 HORA: 8:00** |
| **Personas Intervenidas:** | **INDIRA TALAIGUA PANTOJA** |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 6**

**VISITA NUMERO 3**





138

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 27-7-25 Municipio: Valencia Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Indira Talaigua

b) Tipo documento ID: CC. Número documento identidad: 1068819706

c) Edad: 30 años

d) Dirección de residencia: B/ Villa Nueva zona (U) (R)

e) Teléfono de contacto: 311-695-5047

f) EPS: Nueva EPS

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: _____ / _____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o | Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o | AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | ECHAS VACUNA | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo

o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___

¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 1 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 29
- Recuento de placa bacteriana: 15. %
- Estado de higiene oral: ☒Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas y frecuencia del Cepillado O.

- Compromisos de la gestante:

Asistir Regularmente al odontologo

Nombre médico: _____ Firma: _____

Nombre odontólogo: Heraclio E. Firma: Heraclio E.

Firma de la gestante: Indira Talaigua

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

39

# EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **LUGAR:** | VILLANUEVA |
| **Fecha:** | 27 JULIO DE 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **INDIRA TALAIGUA PANTOJA** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.**

**GESTANTE NUMERO 6: VISITA NUMERO 3**



## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: _____ Municipio: _____ Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Lina Varilla flores
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1007747619
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: Villanueva zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3235423237
f) EPS: Nueva eps

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 29
- Número de controles prenatales: 5
- Fecha de controles prentales: 03104125 - 03105125 - 03106125 - 03108125
- Signos vitales:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 110 / 70 mmHg | | | o FC: 66 lpm | |
| o | Temperatura: 36.9 °C | | | o FR: 15 lpm | |
| o | AU: 30 cm | Peso: 84 kg | Talla: 1.50 cm | | IMC: 37.3 |

o

| | | TD | Influenza | Dpta |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | 03106125 | 03106125 | 03108125 |
| | | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: ☒Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
  ¿Cuál? Ninguno.

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE: seguir en los controles prenatales, hacerse sus ecografías
- EDUCACION BRINDADA: Importancia de la lactancia materna.

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:

☐ _____

☐

- Compromisos de la gestante:

_____

Nombre médico: SHARON MORENO Firma: SHARON MORENO

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Lina Varilla f

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

14

| | |
|---|---|
| lugar: | VILLANUEVA |
| Fecha: | Agosto12 de 2025 HORA: 8am |
| Personas Intervenidas: | LINA VARILLA |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 8**

**VISITA NUMERO 3**





142

**FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO**

Fecha de la visita: 27-7-25 Municipio: Valencia Número de visita: 3

**1.INFORMACION GENERAL**

a) Nombre de la gestante: Lina Varilla Flores.
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1001747619.
c) Edad: 25 años
d) Dirección de residencia: Villa Nueva. zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 323-543-3237.
f) EPS: Nueva EPS

**2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA**

- Edad gestacional actual(semanas): _____
- Número de controles prenatales: _____
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: _____ / _____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o | Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o | AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | ECHAS VACUNA | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

**3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA**

- COP: Cariados 0 Obturados 4 Perdidos 0 Sanos 30
- Recuento de placa bacteriana: 15 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí ☒ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 mes a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:

□ Tecnicas y frecuencia del cepillado Oral

- Compromisos de la gestante:

Asistir Regularmente al odontologo

Nombre médico: _____ Firma: _____
Nombre odontólogo: Heraclio E. Firma: Heraclio E.
Firma de la gestante: Lina V.
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

142

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | VILLANUEVA |
| **Fecha:** | 27 JULIO DE 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | **LINA VARILLA FLOREZ** |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.**

**GESTANTE NUMERO 8: VISITA NUMERO 3**





[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 08/12/2025 Municipio: Valledupar Número de visita: (2)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Mayerlis Patricia Gazabón Fuentes
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1066719272
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: Villanueva zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3014277146
f) EPS: Nueva eps

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 17
- Número de controles prenatales: 3
- Fecha de controles prentales: 20105125-20166125-26107125
- Signos vitales:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 120 / 80 mmHg | | | o FC: 80 lpm | |
| o | Temperatura: 36,9 °C | | | o FR: 14 lpm | |
| o | AU: ____ cm | Peso: 80 kg | Talla: 1,64 cm | | IMC: 30 |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | 20106125 | 20106125 | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | Si | Si | Si |

Clasificación del Riesgo obstétrico: ____

- Evaluación general de la gestante:
- o Estado general: ☑ Bueno ☐ Regular ☐ Malo
- o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X

¿Cuál? Ninguno.

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE ____
- EDUCACION BRINDADA Lactancia Materna y Plato seguro

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados ____ Obturados ____ Perdidos ____ Sanos ____
- Recuento de placa bacteriana: ____%
- Estado de higiene oral: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: ☐ Sí ☐ No
- Controles odontológicos (fechas): ____
- Educación en salud oral brindada:

☐ ____

☐

- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: Sharon Noreña. Firma: Sharon Noreña.

Nombre odontólogo: ____ Firma: ____

Firma de la gestante: Mayerlis Gazabón

145

| | |
|---|---|
| **lugar:** | **VILLANUEVA** |
| **Fecha:** | **Agosto 13 de 2025 HORA: 11 AM** |
| **Personas Intervenidas:** | **MAYERLIS PATRICIA GAZABON FUENTES** |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.**

**SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 9**

**VISITA NUMERO 3**



Vpic | [redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 27-07-25 Municipio: Valledupar Número de visita: (3)

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Hayerlis Patiño
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1006779272
c) Edad: 22 años
d) Dirección de residencia: Villanueva zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3014277146
f) EPS: Nueva eps

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 17
- Número de controles prenatales: 3
- Fecha de controles prentales:
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: ____/____ mmHg | | o FC: ____ lpm | |
| o | Temperatura: ____ °C | | o FR: ____ lpm | |
| o | AU: ____ cm | Peso: ____ kg | Talla: ____ cm | IMC: ____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | ECHAS VACUNA | **TD** | **Influenza** | **Dpta** |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | **Hierro** | **Ac. Fólico** | **Carbonato de Calcio** |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico:

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTA
- EDUCACION BRINDADA

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 0 Perdidos 0 Sanos 28
- Recuento de placa bacteriana: 5 %
- Estado de higiene oral: ☑ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): 1 Mes después del bebe
- Educación en salud oral brindada:
□ Tecnica de cepillado
- Compromisos de la gestante:
Asistir regularmente al odontologo
Cepillado 3 veces al dia

Nombre médico: Firma:
Nombre odontólogo: Heraclio Espinosa Firma: Heraclio J. Espinosa
Firma de la gestante: Hayerlis
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

147

# EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | VILLANUEVA |
| **Fecha:** | 27 DE JULIO DE 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | MAYERLI PATRICIA GAZBON |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD. RURAL**

**GESTANTE NUMERO 10: VISITA NUMERO 3**





14

HOSPITAL SAN JOSÉ

[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: Agosto 12/25 Municipio: _____ Número de visita: 3)

### 1. INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Luisa Fernanda Canal
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1065881411
c) Edad: 19 años
d) Dirección de residencia: Villarrica zona (U) R
e) Teléfono de contacto: 3503619541
f) EPS: Nueva EPS

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 26
- Número de controles prenatales: 6
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | Presión arterial: 120 / 80 mmHg | | o FC: 76 lpm | |
| o | Temperatura: 37 °C | | o FR: 13 lpm | |
| o | AU: 28 cm | Peso: 58 kg | Talla: 155 cm | IMC: _____ |
| o | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | FECHAS VACUNAS | TD: 11/04/25 | Influenza: 10/04/25 | Dpta: 10/07/25 |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Hierro: SI | Ac. Fólico: SI | Carbonato de Calcio: SI |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:
  - o Estado general: X Bueno □ Regular □ Malo
  - o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: X
  - ¿Cuál? Ninguno

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTANTE _____
- EDUCACION BRINDADA Importancia de cuidados Parto

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados _____ Obturados _____ Perdidos _____ Sanos _____
- Recuento de placa bacteriana: _____%
- Estado de higiene oral: □ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): _____
- Educación en salud oral brindada:
  - □ _____
  - □
- Compromisos de la gestante:

Nombre médico: [redacted] Firma: [redacted]

Nombre odontólogo: _____ Firma: _____

Firma de la gestante: Luisa Pantoja

Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores (X)

19

| | |
|---|---|
| lugar: | VILLANUEVA |
| Fecha: | Agosto 12 de 2025 HORA: 3 pm |
| Personas Intervenidas: | LUISA FERNANDA CARVAJAL CALAO |

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

SE REALIZO UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR. GESTANTE NÚMERO 10

VISITA NUMERO 3



[redacted]

## FORMATO DE VISITA DOMICILIARIA A GESTANTE - MEDICO Y ODONTOLOGO

Fecha de la visita: 27-07-25 Municipio: _____ Número de visita: 3

### 1.INFORMACION GENERAL

a) Nombre de la gestante: Luisa Fernanda Cruz Gil
b) Tipo documento ID: CC Número documento identidad: 1068811411
c) Edad: 19 años
d) Dirección de residencia: Villanueva zona (U) (R)
e) Teléfono de contacto: 3503619541
f) EPS: Nueva eps

### 2. VALORACION MEDICA DOMICILIARIA

- Edad gestacional actual(semanas): 26
- Número de controles prenatales: 6
- Fecha de controles prentales: _____
- Signos vitales:

| | | | |
|---|---|---|---|
| o Presión arterial: _____ / _____ mmHg | | o FC: _____ lpm | |
| o Temperatura: _____ °C | | o FR: _____ lpm | |
| o AU: _____ cm | Peso: _____ kg | Talla: _____ cm | IMC: _____ |

o

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| o | ECHAS VACUNA | TD | Influenza | Dpta |
| | | | | |
| o | CONSUMO DE MICRONUTRIENTES | Hierro | Ac. Fólico | Carbonato de Calcio |
| | | | | |

Clasificación del Riesgo obstétrico: _____

- Evaluación general de la gestante:

o Estado general: □ Bueno □ Regular □ Malo
o Presencia de signos de alarma: SI: ___ NO: ___
¿Cuál?

| | |
|---|---|
| Servicio al que remite: | |
| Gestión realizada para la remisión: | |

- COMPROMISO DE LA GESTA _____
- EDUCACION BRINDADA _____

### 3. VALORACION ODONTOLOGIA DOMICILIARIA

- COP: Cariados 0 Obturados 1 Perdidos 0 Sanos 27
- Recuento de placa bacteriana: 10 %
- Estado de higiene oral: ☒ Buena □ Regular □ Deficiente
- Sangrado gingival o signos de enfermedad periodontal: □ Sí □ No
- Controles odontológicos (fechas): 14es a partir de la fecha
- Educación en salud oral brindada:
□ Tecnica de cepillado
- Compromisos de la gestante: Asistir responsablemente al odontologo

Nombre médico: _____ Firma:
Nombre odontólogo: Heraclio E Firma: Heraclio J Espitia
Firma de la gestante: Luisa Cruz G
Usuaria cumplió compromisos de la anterior visita: (SI) (NO) sin compromisos anteriores ( )

15

# EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCION PRIMARIA

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | VILLANUEVA |
| **Fecha:** | 27 DE JULIO DE 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | LUISA FERNANDA CARVAJAL CALAO |

**REALIZAR UNA (01) VISITA DOMICILIARIA CON INTERVALO DE UN MES, A LAS GESTANTES O PUÉRPERAS IDENTIFICADAS Y SU FAMILIA, EN CADA VISITA DOMICILIARIA SE DEBE REALIZAR REVELADO DE PLACA BACTERIANA E ÍNDICE COP. ASÍ MISMO, SE DEBE REALIZAR EXAMEN FÍSICO COMPLETO POR PARTE DE MEDICINA GENERAL, REVISIÓN DE CARNÉ PRENATAL Y DE VACUNACIÓN, RESULTADOS DE LABORATORIO Y ECOGRAFÍAS PARA VERIFICAR ADHERENCIA A RUTA, INDAGAR POR EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES Y REPORTAR LOS HALLAZGOS EN EL FORMATO DISPONIBLE POR LA ENTIDAD TERRITORIAL. ANTE INCUMPLIMIENTOS, LA USUARIA SERÁ REMITIDA A LA IPS ASIGNADA. PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTES A INTERVENIR, SE DEBE SOLICITAR LA BASE DE DATOS DE GESTANTE A LA DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD.**

**GESTANTE NUMERO 10: VISITA NUMERO 3**






152

Taller de educación en salud sexual y salud reproductiva dirigido a niños y niñas de grado tercero, cuarto y quinto de primaria de la institución educativa del microterritorio para que puedan estar en capacidad de identificar las diferencias de sexo, adquirir información adecuada sobre la anatomía de los órganos genitales y sus funciones, fomentar actitudes positivas frente al cuerpo y la genitalidad y promover el autocuidado de la salud sexual y prevenir las violencias sexuales y violencias de género.

# RURAL

| GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA | FORMATO | VERSIÓN: 02 |
|---|---|---|
| | ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA | FECHA: 15-08-2012 |
| | PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: IE El Reposo | Hora de Inicio: 7:00 am |
| Fecha: 25 Julio 2025 | Hora de Finalización: 1:00 pm |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Realizar talleres de educacion en salud sexual y reproductiva dirigida a niños y niñas del grado 5or

**Desarrollo de la Reunión**

Saludo y presentacion

Se realiza talleres de educacion sexual en la Intitucion educativa el Reposo grado 5= donde se socializo la anatomia de los organos genitales y sos funciones para fomentar actitudes posivas frente al cuerpo promoviendo el autocuidado de la salud sexual

**Conclusiones**

los estudiantes participaron activamente durante el taller mostrando interases por el tema

**Recomendaciones**

continuar con las actividades en los diferentes grados sobre salud sexual y reproductivas

**Responsables de la Actividad**

Lorena De Oro Docente

Leidis Vasquez 30 688912



15

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO Nº SS-001-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | CÓRDOBA

EJE: Atencion Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de sensibilizacion y educación en salud sexual y reproductiva dirigida a los niños y niñas de 4, 5 de primaria de la institución educativa del microterritorio

| DIA: | 25 | MES: | Julio | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | I.E Reposo | ZONA: | Rural. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Yeison Arrieta R | TI | 1080573148 | no tiene | 13 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Yeison arrieta |
| 2 | Whitnie Arroyo V | TI | 1062978317 | no tiene | 9 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Whitnie Arroyo |
| 3 | Dariana Caraballo | TI | 1068822128 | no tiene | 10 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Dariana |
| 4 | Elian Casarrubia | TI | 1068433288 | no tiene | 11 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Elian c |
| 5 | Kenyerlys Carea | TI | 1068824666 | no tiene | 10 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | kenyerlys carea |
| 6 | Taliana Domico M | TI | 1068822674 | no tiene | 10 | F | M | | | X | | | | | X | X | | | | X | | | X | | taliana domico |
| 7 | Yeimi Galarcio J. | TI | 1138087443 | no tiene | 9 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Yeimi g |
| 8 | Andres Garces S. | TI | 1065007589 | no tiene | 10 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | andres garces |
| 9 | Lucas Guzman L. | TI | 1068819767 | no tiene | 11 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Lucas guzman |
| 10 | Zahilen Guzman R | TI | 1072979700 | no tiene | 10 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Zahilen guzman |

156

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | CÓRDOBA

5

EJE: atencion Primaria en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: jornada de sensibilizacion y educacion en Salud Sexual y reproductiva dirigido a los niños y ninos de 4,5 de primaria de la institucion educativa del microterritorio.

| DIA: | 25 | MES: | Julio | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | I.E. Reposo | ZONA: | Rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Lily Herrera Barba | TI | 1068822 437 | no tiene | 10 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Lily Herrera B |
| 2 | Emily Lopez J | TI | 1068174 633 | no tiene | 10 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Emily |
| 3 | Kenia Martinez H | TI | 1131227 170 | no tiene | 11 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Kenia Martinez |
| 4 | Ana Martinez R. | TI | 1062532 920 | no tiene | 10 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | ana martinez R |
| 5 | Lucia Martinez R. | TI | 1062980 685 | no tiene | 11 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Lucia Martinez |
| 6 | Hansel Mejia Doria | TI | 1067952 959 | no tiene | 11 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | hansel Mejia Paez |
| 7 | Luis Mendez Paez | TI | 1068435 818 | no tiene | 9 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | luis mendez |
| 8 | Luis Mestra Mendez | TI | 1063302 554 | no tiene | 11 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | luis mestra mendez |
| 9 | Samuel Ortega M. | TI | 1068822 210 | no tiene | 10 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Samuel ortega |
| 10 | Rut Padilla Ayel | TI | 1068822 014 | no tiene | 11 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Rut Padilla A |

152

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | INSTITUCION EDUCATIVA EL REPOSO |
| **Fecha y hora** | 25 JULIO 7:00am 1:00pm |
| **Personas Intervenidas:** | 20 |

TALLER DE EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA DIRIGIDO A NIÑOS Y NIÑAS DE GRADO TERCERO, CUARTO Y QUINTO DE PRIMARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DEL MICROTERRITORIO PARA QUE PUEDAN ESTAR EN CAPACIDAD DE IDENTIFICAR LAS DIFERENCIAS DE SEXO, ADQUIRIR INFORMACIÓN ADECUADA SOBRE LA ANATOMÍA DE LOS ÓRGANOS GENITALES Y SUS FUNCIONES, FOMENTAR ACTITUDES POSITIVAS FRENTE AL CUERPO Y LA GENITALIDAD Y PROMOVER EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENIR LAS VIOLENCIAS SEXUALES Y VIOLENCIAS DE GÉNERO.

CONCERTACIÓN CON LORENA DE ORO DOCENTE ORIENTADORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL REPOSO, PARA ARTICULAR Y PROGRAMAR LA REALIZACIÓN DE UN (1) TALLER DE EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA DIRIGIDO A NIÑOS Y NIÑAS DE QUINTO DE PRIMARIA LA ACTIVIDAD REQUIERE LA PRESENCIA DE 8 ESTUDIANTES.

**FECHA:** 25 DEJULIO DE 2025 HORA: 08:00 AM / 10:00 AM
**LUGAR:** INSTITUCIÓN EDUCATIVA EL REPOSO
**GRADO:** 5





Capacitación a padres de familia y líderes comunitarios para abordar temas de salud sexual en la cual se aboradarán las preguntas anónimas que han formulado los adolescentes y jóvenes en el proceso de formación (mínimo 20 personas)

# URBANO

| GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA | FORMATO | VERSIÓN: 02 |
|---|---|---|
| | ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA | FECHA: 15-08-2012 |
| | PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| Lugar: Barrio la Cruz | Hora de Inicio: 4:00 pm |
|---|---|
| Fecha: 15 Agosto 2025 | Hora de Finalización: 6:00 pm |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Realizar proceso de formacion mediante Talleres con adolecsentes sobre salud sexual de manera responsable

**Desarrollo de la Reunión**

La actividad se realiza de la sgte manera

- Bienvenida y presentacion
- Preguntas presaberes
- desarrollo del tema
- preguntas y respuestas
- conclucion

**Conclusiones**

despues de varias encuentros se pudo notar interes en cada encuentro finalizando el proceso de manera exitosa con jovenes agradecidas

**Recomendaciones**

seguir todas y cada una de las lecciones aprendidas en cada encuentro,

**Responsables de la Actividad**

Leidis Vargas.
Ef. Jefe

Indira Perez
1068816968

pic
Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

PIC Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: Atencion Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: proceso de Formacion con Adolescentes y Jovenes.

| DIA: | 15 | MES: | agosto | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | B. la cruz. | ZONA: | Urbana |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Elizabeth. Castro de la hoz | TI | 1038812169 | 3145469563 | 14 | F | M. | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Elizabeth. |
| 2 | Jesus david castro de la hoz | TI | 1170213008 | 3145469563 | 16 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Jesus David. |
| 3 | Snaider Jose Olivares | TI | 1068813259 | no tiene | 16 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Jose |
| 4 | maria angel otero guerra | TI | 1138080997 | no tiene. | 15 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Maria. |
| 5 | Gabriela correa Salon | TI | 1062439134 | 3127891041 | 16 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Gabriela. |
| 6 | Julian Correa Salon | TI | 1062439132 | 3127891041 | 16 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Julian. |
| 7 | maya camila Salinc | TI | 1064815420 | 3507112271 | 16 | F | M. | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Maria. |
| 8 | luis andres Salgado | TI | 1028004440 | no tiene | 14 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Luis |
| 9 | Dariana movimos mestra | TI | 1068819467 | no tiene | 15 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Dariana. M. |
| 10 | Nelson Jose Perez | TI | 1138083954 | no tiene | 13 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Nelson |

162

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

EJE: Atencion primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Proceso de Formacion con adolecentes y Jovenes.

| DIA: | 15 | MES: | agosto | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | B. la Cruz | ZONA: | urbana |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Jesus Elias Torres Herrera | CC | 1068813157 | 3016429678 | 19 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | X | X | | Torres |
| 2 | Elias Jose Velasquez Pertuz | TI | 1068817039 | 3126296872 | 14 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Elias Jose. |
| 3 | Isabella Romero Benitez | TI | 1068814832 | 3105490660 | 16 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Isabella |
| 4 | Alexi Manuel Romero | CC | 1068808963 | 3106423069 | 20 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Alexis |
| 5 | Estefania Marquez Pertuz | TI | 1068814566 | 3207641500 | 16 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Estefani Marquez. |
| 6 | Santiago pena mejia | TI | 1064194325 | 3042157698 | 14 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Santiago |
| 7 | Maria Alejandra alvarez | CC | 1068809759 | 3249350736 | 19 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Maria Alejandra. |
| 8 | Sharol Sara y Gomez | TI | 1073987913 | no tiene | 16 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Sharol |
| 9 | Dayana marcela perez | TI | 1074002822 | no tiene | 15 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Dayana. |
| 10 | Luna Isabel Arono | TI | 1107867906 | no tiene | 16 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Luna. |

163

**EVIDENCIA FOTOGRAFICA**

**EJE: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

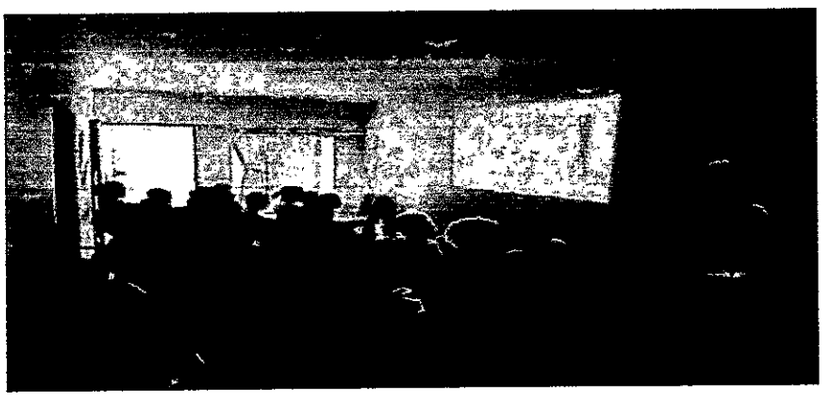
| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **BARRIO LA CRUZ** |
| **Fecha:** | 15 AGOSTO 2025 |
| **Personas Intervenidas:** | 20 |

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: desarrollar En el micro territorio un proceso de formación sobre salud sexual y reproductiva dirigida a 20 adolescentes de la comunidad, para una sexualidad informada respetuosa y segura.

**FOTO CON ENTREGA DE VOLANTES**



**FOTO CON VIDEO BEAM**



Capacitación a padres de familia y líderes comunitarios para abordar temas de salud sexual con base en las preguntas anónimas que han formulado los adolescentes y jóvenes en el proceso de formación (mínimo 15 personas)

# RURAL

| | FORMATO | VERSIÓN: 02 |
|---|---|---|
| | ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA | FECHA: 15-08-2012 |
| | PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: Vereda Venas Arriba. | Hora de Inicio: 3: pm |
| Fecha 10/08/2025 | Hora de Finalización: 5: pm |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Realizar Capacitación a padres de Familia y lideres Comunitarios en temas de Salud Sexual: Preguntas anonimas.

**Desarrollo de la Reunión**

Durante la actividad se realizo lo sgte
- saludo de Bienvenida
- Presentacion del profesional
- Desarrollo del tema.
- Interacion con el grup preguntas.
- Afianzar respuestas,
- preguntas pos actividad
- conclusión

**Conclusiones**

se realizo de forma adecuada la actividad Buscando siempre la participacion de los asistentes en la actividad.

**Recomendaciones**

Realizar este tipo de actividades de forma frecuente - Indicarlo al ambato escobar.

**Responsables de la Actividad**

Dirlett Espinz
ENF Jefe:

LcTis
CC 50.854.317.

| | | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSÉ [redacted] | INFORME DE EJECUCION<br>PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2025 | pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud<br>GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA |

**EJE: ATENCION PRIMARIA EN SALUD**

| | |
|---|---|
| **LUGAR** | MICROTERRITORIO VENAO ARRIBA |
| **FECHA** | 10/08/2025 |

Se realiza concertación en la vereda venao arriba para articular y programar la realización de una capacitación a padres de familia y lideres comunitario para abordar temas de salud sexual con base en las preguntas anónimas que han formulado adolescentes en el proceso de formación, esta actividad se realizo el dia 10 de agosto de 2025 y contamos con la participación de 15 asistentes

**FOTO CON ROTAFOLIO**





HOSPITAL SAN JOSÉ

# FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atencion Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Capacitación a padres y lideres comunitarios para abordar temas en Salud sexual

| DIA: | 10 | MES: | 08 | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | vereda Urrao Arriba | ZONA: | rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Domingo Ballesteros | C.C | 1003466 070 | no tengo | 30 | M | H | | | | | | | | Y | X | | | X | | | | X | | Domingo. |
| 2 | Ofelio Nieto | C.C | 34 9768 23 | no tengo | 65 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Ofelio N. |
| 3 | Jose Pacheco | C.C | 42 538 487 | No tengo | 46 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Jose Pacheco |
| 4 | Luisa Berrocal | C.C | 26 2312 66 | no tengo | 64 | F | F | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Luisa B. |
| 5 | Darlis Ballesteros | C.C | 1058813 497 | no tengo | 35 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Darlis B. |
| 6 | Wilmer Urango | C.C | 1040 22 38 | no tengo | 46 | M | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | wilmer |
| 7 | Marina Herrera | C.C | 30878 330 | no tengo | 45 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Marina H |
| 8 | Rosa Blanquicet | C.C | 1068806 922 | no tengo | 42 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Rosa |
| 9 | Adelaida Ceres | C.C | 1003466 281 | no tengo | 31 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Adelaida. |
| 10 | Letis Ramos | C.C | 50 854 371 | no tengo | 63 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Letis. |

08

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atencion Primaria en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Capacitacion a padres y lideres comunitarios para abordar temas de salud sexual.

| DIA: | 10 | MES: | 08 | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Vereda Urrao Arriba | ZONA: | rural |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Dayana marimon | C.C | 50867654 | No tengo | 47 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Dayana. |
| 2 | elsi zapata. | C.C | 50861663 | 3168066 | 50 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Elsi |
| 3 | Geoyina Restores. | C.C | 26227600 | 3110141149 | 43 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Geoyina |
| 4 | Isleni mario | C.C | 50377588 | 3107189608 | 43 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Isleni M. |
| 5 | Dolis Benitez | C.C | 50867803 | No tengo | 34 | m | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Dolis B. |
| 6 | Luis Rodriguez | C.C | 1003466327 | 323402 0906 | 48 | m | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 7 | Jose Martinez | C.C | 78646028 | 3075709 03 | 53 | m | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Jose Miguel M |
| 8 | Steven Silva | C.C | 1003464442 | 370591 7428 | 25 | m | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Esteban |
| 9 | Monica Cogollo | C.C | 1089940371 | 321507 2067 | 28 | m | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Monica Cogollo |
| 10 | Sairo Ayala. | C.C | 78033032 | 3113171496 | 49 | m | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | Sairo. |

120

Jornadas de tamizaje para ITS (VIH y sífilis), con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad por parte de personal certificado en POCT a excepción de los profesionales en bacteriología. Se debe garantizar la asesoría pre y post prueba y la entrega de cinco (05) preservativos a las personas que accedan a las pruebas. se debe garantizar la canalización efectiva de los usuarios con resultados resctivos a la IPS primaria para captación de los casos resguardando la confidencialidad. Mínimo 30 personas

# URBANO

| | | |
|---|---|---|
| pic | FORMATO | VERSIÓN: 02 |
| | ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA | FECHA: 15-08-2012 |
| | PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD | PÁGINA 1 DE 1 |

## ACTA DE REUNIÓN

| | |
|---|---|
| Lugar: B. alpina perq. | Hora de Inicio: 1: pm |
| Fecha 09/08/2017 | Hora de Finalización: 3: pm. |

**Objetivo(s) de la Reunión**

Realizar mediante Jornada Tamizaje VIH Sifilis, con enfoque preventivo. con el fin de promover autocuidado en la población.

**Desarrollo de la Reunión**

Se Inicia Jornada
- presentacion del profesional
- Saludo
- Charla educativa sexualidad responsable
- prevencion de Its.
- Realizacion de tamizaje VIH, Sifilis.
- preguntas y respuestas.

**Conclusiones**

Se concluye con esta actividad que hace falta educar mas en sexualidad, prevencion de Its. se realizo con exito la actividad.

**Recomendaciones**

Realizar actividades educativas. En ambitos no Solo en Instituciones. educativos,
. realizar actividades de promocion y prevencion.

**Responsables de la Actividad**

Leidis Vasquez.
ENF Jefe

Mary Martinez
CC 50.861065

| | FORMATO DE ASISTENCIA | |
|---|---|---|
| HOSPITAL SAN JOSÉ | CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025 | vpic · Gobernación de Córdoba |

EJE: Atencion Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de tamizaje Para ITS VIH y sifilis con enfoque Preventivo a Personas entre 15 y 60 años

| DIA: | 09 | MES: | 08 | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | B/ Aspina Perez. | ZONA: | Urbano |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | luz estela rosa | cc | 1068 810 887 | 3126101176 | 26 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | luz Estela rosa |
| 2 | Sirley Arrieta | cc | 10688 19 905 | 3219319284 | 34 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Sirley Arrieta |
| 3 | luz estela Arrieta | cc | 1039 09 5264 | 3219319284 | 30 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | luz Arrieta |
| 4 | esther espinosa | cc | 1035 43 0777 | 3127801997 | 29 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | esthere Espinosa |
| 5 | marley lopez | cc | 1038 80 8239 | 3135369896 | 38 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Maula Lopez |
| 6 | Aura Varela | cc | 10688 14 309 | 3007608419 | 25 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Aura Varela |
| 7 | Yury Gomez | cc | 1041 25 7 772 | 3104732508 | 39 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Yury Gomez |
| 8 | edwi escobar | cc | 77 970 579 | 3245133394 | 47 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Edwi escobar |
| 9 | Libardo miranda | cc | 78 763 616 | 3104049849 | 40 | M | H | | - | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | Libardo Miranda |
| 10 | libia herrera | cc | 50 9093 82 | 3215623799 | 58 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | libia Herrera |

172

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

EJE: Atencion primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de tamizaje para ITH y sífilis, con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años

| DIA: | 04 | MES: | 08 | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | Osiris perez | ZONA: | urbano |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | luis felipe rosario | CC | 104082 53 | 3704098 47 | 50 | m | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 2 | sebastian garcia | CC | 1068871 993 | 370405 9563 | 38 | m | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 3 | juanita gabriela | CC | 262496 23 | 32056.8 0706 | 59 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 4 | may martinez | CC | 508670 05 | 3706637 477 | 50 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 5 | Dy maria Hoyos | CC | 50641 377 | 372685 3787 | 68 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 6 | adelaida cogollo | CC | 509 19825 | 300760 8414 | 59 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 7 | maximiliano Diaz | CC | 70898 087 | 300842 3738 | 38 | m | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 8 | nergida Acosta | CC | 260386 19 | 323588 9571 | 47 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 9 | dora avila doria | CC | 50860 336 | 370397 7050 | 58 | F | M | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |
| 10 | luis alberto Doria | CC | 706 78 37472 | 370473 2508 | 39 | m | H | | | | | | | | X | X | | | X | | | | X | | |

HOSPITAL SAN JOSÉ

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-001-2025

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud | CÓRDOBA

EJE: Atención primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de tamizaje para ITS VIH y Sífilis con enfoque preventivo

| DIA: | 09 | MES: | 08 | AÑO: | 2025 | UBICACIÓN: | B. Alpina Perq | ZONA: | Urbano |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | TELÉFONO | EDAD | SEXO | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | | | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | SI | NO | |
| 1 | Ledys Lopez | CC | 50570584 | 3028503777 | 40 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | |
| 2 | AYDETH Cano | CC | 1068821758 | 3148572577 | 50 | M | H | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | |
| 3 | ana Hoyos Polo | CC | 50928770 | 3128933341 | 55 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | |
| 4 | Yury Piedad Gom | CC | 1041257772 | 3235830281 | 44 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | |
| 5 | mari Avila | CC | 50859819 | 3234811694 | 56 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | |
| 6 | anselma Saenz | CC | 32738404 | no tiene | 38 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | |
| 7 | Ines maria Cabrales | CC | 1067846886 | no tiene | 47 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | |
| 8 | Jessica Trujillo | CC | 1192899984 | 3103971050 | 28 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | |
| 9 | maria Santos | CC | 1073988392 | 3184041498 | 34 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | |
| 10 | maida Santos Carrillo | CC | 26213270 | 3166663731 | 60 | F | M | | | | | | | | X | X | | | | X | | | X | | |

1/2

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

## EJE: ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

| | |
|---|---|
| **Lugar:** | **BARRIO OSPINA PEREZ** |
| **Fecha:** | 09 AGOSTO |
| **Personas Intervenidas:** | 20 |

## DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.

ORGANIZAR EN EL MICRO TERRITORIO URBANO UN EVENTO MENSUAL EN EL QUE SE PROGRAMA REALIZACION DE TAMIZAJE PARA ITS: VIH,SIFILIS, PREVIO A ESTO SE DEBE DAR UNA CHARLA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS HÁBITOS SALUDABLES Y LOS IMPACTOS DE LAS CONDICIONES DE TRANSMISION . EN CASO DE ENCONTRAR UN RESULTADO ANORMAL, REMITIR EL USUARIO A LAS ESE DEL MUNICIPIO PARA SU ATENCIÓN

**FECHA:**09 DE AGOSTO **DE 2025**

**HORA: 01:00 – 03:00 Pm**

**LUGAR: BARRIO OSPINA PEREZ**

**FOTO CON PRUEBA**





124

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | [redacted] |
|---|---|---|
| [redacted] | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Mergida Barrios |
| Historia Clínica: | 26038679 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Mergida B _____ 26038679 _____

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Martha Perez |
| **CC N°** | 50897650 |

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO_____

Mergido B. CC No 26038619

**Firma del paciente o Representante**

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| [redacted] | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Maximiliano Diaz |
| Historia Clínica: | 1089490874 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Maximiliano 1089490874

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Martha Pena |
| **CC N°** | 50897650 |

_____ 363

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ↑ NO_____

Maximiliano CC No 1089090897

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| [redacted] | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Adelaida Cosolla |
| Historia Clínica: | 50 919825 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Adelaida _____ 50919825 _____

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | |
| **CC N°** | 50897630 |

_____

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

Adelaida CC No 50919.825

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTERÓLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| [redacted] | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Luis Felipe Bossio |
| Historia Clínica: | 10401853 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Luis Bossio — 10401853

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2<br>Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Martha Peña |
| **CC N°** | 30897650 |

_____

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

_____ CC No 10901853

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | **PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE** | [redacted] |
| | **LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA** | **VERSION: 2** |
| | | **Fecha:01 07 22** |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Maria Ibarra S. |
| Historia Clínica: | 1073988392 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Maria Ibarra S. 1073988392

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Martha Ponce |
| **CC N°** | 50 897 080 |

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI SI NO_____

María Ibarra CC No 1073988392

**Firma del paciente o Representante**

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| [redacted] | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Esther espinosa |
| Historia Clínica: | 1035430117 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

[redacted] han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos [redacted]ibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Esthersespinosa _____ 1035430117 _____

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Nelly Pérez |
| **CC N°** | 50897650 |

_____
**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO---

esther espinosa. CC No 1055430117

**Firma del paciente o Representante**

_____
**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| [redacted] | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | [redacted] |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Dy maria Hoyos |
| Historia Clínica: | 50641317 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLÓGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e Instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

María H _____ 50641317 _____

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de.

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Martha Parra |
| **CC N°** | 50897650 |

_____ TP303

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

María H _____ **CC No** 50641317

**Firma del paciente o Representante**

_____ 303

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | **PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE** | |
| | **LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA** | **VERSION: 2** |
| | | **Fecha:01 07 22** |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Yury Gomez |
| Historia Clínica: | 1091251772 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Se han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Yury G _____ 1091251772 _____

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2<br>Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Nathalie Perez |
| **CC N°** | 50897650 |

MP 303

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO---

Yury G _____ CC No 1091257772

**Firma del paciente o Representante**

MP 303

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| [redacted] | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Aydeth Cano |
| Historia Clínica: | 1068821750 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Aydeth Cano — 1068821750

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

REVISADO POR: (BACTEROLOGO) APROBADO POR:

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

| | |
|---|---|
| Nombre del Bacteriólogo Responsable | Martha Pen. |
| CC N° | 50876 50. |

Firma del Bacteriólogo Responsable

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---------- NO----------

Aydeth Cano CC No 10 688 21 750

Firma del paciente o Representante

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

| [redacted] | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | [redacted] |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Dora avila Doria |
| Historia Clínica: | 50860 336 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

He han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Dora avila Doria 50 860 336

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____ CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Nadia Parra |
| **CC N°** | 50897656 |

_____
363

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI Si NO_____

Dora avile Dora CC No 50 860 336

**Firma del paciente o Representante**

_____
363

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| [redacted] | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Aura Vgtelo |
| Historia Clínica: | 1068814309 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Aura V _____ 1068814309 _____

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Nathaly Pena |
| **CC N°** | 50897680 |

_____

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ---X--- NO_____

AURA V _____ CC No 1068881430 4

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| [redacted] | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | mary martinez |
| Historia Clínica: | 50861065 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Maria M. _____ 50861065 _____

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | [redacted] |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | [redacted] |
| **CC N°** | 30897650 |

_____

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI X NO_____

[redacted] CC No 50861003

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| [redacted] | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Enni escobar |
| Historia Clínica: | 1741037 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Enni escobar 1741037

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

1/2

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | [redacted] |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Martha Reyes |
| **CC N°** | 50897650 |

_____
P393
**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ___X___ NO_____

Ewi Escobar CC No 17970579

**Firma del paciente o Representante**

_____
393
**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | **PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE** | |
| | **LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA** | **VERSION: 2** |
| | | **Fecha:01 07 22** |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Juanita cordoba |
| Historia Clínica: | 26249623 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

[redacted] han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Juanita 26249623

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Martha Pera |
| **CC N°** | 50897650 |

_____

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ✓ NO_____

Juanita. _____ CC No. 26249623 _____

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | [redacted] |
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Maida Santos Cavadia |
| Historia Clínica: | 26273270 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Maida S. 26273270

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | |
| **CC N°** | 50897650 |

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI SI NO _____

Maiba Santos CC No 26273270

**Firma del paciente o Representante**

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| [redacted] | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Maida Santos Cavadia |
| Historia Clínica: | 26213270 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Maida Santos 26213270

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____ CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

APROBADO POR:

LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA

| | |
|---|---|
| Nombre del Bacteriólogo Responsable | |
| CC N° | 50897050 |

Firma del Bacteriólogo Responsable

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI Si NO_____

Maida Santos CC No 26213270

Firma del paciente o Representante

REVISADO POR: (BACTEROLOGO)

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| [redacted] | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Luz Estela Rosa |
| Historia Clínica: | CC 1068870887 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Luz Ester Rosa 1068870887

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Matthe Der |
| **CC N°** | 50 897 680 |

_____

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI Si NO_____

Luz Ester _____ CC No 70 688 70 387

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | **PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE** | |
| | **LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA** | **VERSION: 2** |
| | | **Fecha:01 07 22** |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Ledys Lopez |
| Historia Clínica: | 50570589 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante (antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Se han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. Mi consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Ledys Lopez _____ 50570589 _____

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Nubia Pena |
| **CC N°** | 50897650 |

_____
**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI Si NO_____

ledys lopez CC No 5057 0 589

**Firma del paciente o Representante**

_____
**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | | |
|---|---|---|
| [redacted] | **PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE** | |
| | **LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA** | **VERSION: 2** |
| | | **Fecha:01 07 22** |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Ana Hoyos Polo |
| Historia Clínica: | 50928770 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLÓGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e institúciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Ana Hoyos Polo 50928770

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

1/6

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____ CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Martha Pena |
| **CC N°** | 50894650 |

MP TP 363

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| **Firmado en la fecha:** | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | **DIA** | **MES** | **AÑO** |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI Si NO_____

Ana Hoyos Polo CC No 50 92 87 70

**Firma del paciente o Representante**

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| [redacted] | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

## CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Luz estela cabrera |
| Historia Clínica: | 1039693264 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección por el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Se han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Luz A — 1039693264

Firma del Paciente — CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | [redacted] |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | [redacted] |
| **CC N°** | 50897650 |

_____
343

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ✓ NO_____

Luz A _____ CC No 1034693264

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| [redacted] | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

**CONSENTIMIENTO INFORMADO O DISENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**

| | |
|---|---|
| Nombre del Paciente: | Marley lopez |
| Historia Clínica: | 1038808234 |

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Laboratorio Clínico para que se me realice: el procedimiento descrito en este documento y manifiesto que he recibido la siguiente información

**PROPOSITO Y BENEFICIO DE LA PRUEBA.**

La prueba que se va a realizar, cuyo nombre es Prueba para VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con VIH, mediante la determinación en sangre de anticuerpos contra este virus. Un anticuerpo es una proteína que los glóbulos blancos de la sangre fabrican en respuesta a cualquier tipo de infección que ataque el cuerpo.

El propósito de realizarle esta prueba es ayudarle a usted a identificar si está infectado con el virus, ya sea porque tiene un antecedente de riesgo (Compartir agujas de jeringas, recibir trasfusiones de sangre, hacer recibido un trasplante o fluidos corporales como semen en su cuerpo, en relaciones sexuales penetrativas o haber estado en contacto directo sin condón o barreras orales con secreciones vaginales o a través del embarazo y/o el nacimiento) o porque hay condiciones clínicas que lo ameritan y a los médicos que lo atienden a tatar de manera más eficaz los síntomas que pueden ser causados por el VIH.

**LIMITACIONES DE LA PRUEBA.**

Las pruebas de Laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Falso Positivo significa que la prueba presuntiva fue Positiva pero que la confirmatoria fue NEGATIVA. En este caso la prueba presuntiva indicaba presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no lo había. También se obtiene 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 realizada durante el PERIODO DE VENTANA INMUNOLOGICA, es decir, cuando se hace la prueba y aún no ha pasado suficiente tiempo después de la situación considerada infectante ( antes de cumplir tres meses) y por tanto, no existe aún el volumen necesario de anticuerpos que pueden ser detectados por una prueba. Es posible que en las pruebas presuntiva y confirmatoria se presente resultados INDETERMINADOS, ello significa que no hay seguridad de que la persona está realmente infectada y se hace necesario repetir la prueba seis (6) meses después.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si usted permanecerá saludable, presenta síntomas o desarrollará el SIDA o sea el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema inmunitario o de una persona como consecuencia de la infección pór el VIH. En caso que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar cuál es el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

**RIESGOS DE LA PRUEBA**

Algunas personas cuando se les informa que tiene anticuerpos contra el VIH (resultado reactivo) pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales, incluyendo ansiedad y depresión. También pueden ser objeto de discriminación o rechazo por otras personas e instituciones. En caso de que usted viva con el virus VIH se le recomienda que además de la consejería post-prueba busque apoyo y asesoría para manejar en forma adecuada todas las situaciones que el diagnostico puede llegar a generar. Todo profesional miembro del equipo de salud está en la obligación de mantener la confidencialidad sobre su diagnóstico y su estado de salud en general (reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad).

**DECLARACIONES Y FIMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han dicho los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo. MI consentimiento y autorización han sido otorgados previa información que se me ha dado en forma personal por el equipo de salud, sobre la necesidad, beneficios, objetivos, consecuencias, riesgos y alternativas de lo descrito en este documento. SE me ha informado en un lenguaje sencillo, los riegos, efectos secundarios y molestias concomitantes, enumerados anteriormente. Certifico con mi firma, que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte del equipo de salud con respecto a los riesgos por él advertidos y al contenido de este consentimiento.

Marley Lopez _____ 1038808234 _____

Firma del Paciente CC N°

Tutor legal o familiar: Sé que el (la) paciente _____ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba. El médico me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se hace y para qué sirve este procedimiento. También se han explicado sus riesgos, complicaciones y DERECHOS del paciente.

He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello:

196

| | PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | |
|---|---|---|
| | LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA | VERSION: 2 |
| | | Fecha:01 07 22 |

Yo_____ con documento de

Identidad No: _____, doy mi consentimiento para que el equipo de salud que atiende el paciente le realice este procedimiento.

Puedo revocar este consentimiento cuando en bien del paciente se presuma oportuno.

Firma del Familiar: _____ Parentesco: _____CC No _____

Firma Testigo: _____ CC N°: _____

Nota: En el caso de un menor de 18 años deben firmar ambos padres.

Bacteriólogo Responsable: Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas, riesgos, alternativas y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende completamente lo explicado.

_____ _____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)** **APROBADO POR:**

**LABORATORIO CLINICO ESE HOSPITAL SAN JOSE DE TIERRALTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre del Bacteriólogo Responsable** | Martha Perez |
| **CC N°** | 50892650 |

_____

**Firma del Bacteriólogo Responsable**

| Firmado en la fecha: | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| | | | |

**REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO**

Revoco el consentimiento presentado a pesar de haber sido infamado de las consecuencias de mi decisión y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| Firmado en la fecha: | | | |

Se realizó asesoría PRE-TEST Y POST TEST SI ———— NO————

Malu Lopez **CC No** 1038802239.

**Firma del paciente o Representante**

_____

**REVISADO POR: (BACTEROLOGO)**