MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

ESCOLIOSIS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3118733400

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA LA FRONTERA ENTRADA SOCHA REYES

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MADRE

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ESCASO CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD
CREENCIAS CULTURALES ERRÓNEAS SOBRE EL TRATAMIENTO DE SU PATOLOGIA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

USUARIA CON ANTECEDENTE DE ESCOLIOSIS SIN VALORACION POR NEUROCIRUGIA DE COLUMNA, NO HA ASISTIDO A CONTROLES MEDICOS SEGUN LA EDAD, ODONTOLOGIA, OPTOMETRIA. SE BRINDA EDUCACION SOBRE EN CURVAS LEVES, GENERALMENTE SE RECOMIENDA OBSERVACIÓN PERIÓDICA Y EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO Y ESTIRAMIENTO PARA MEJORAR LA POSTURA Y LA MUSCULATURA DE LA ESPALDA. EN CASOS MODERADOS, SE PUEDE UTILIZAR UN CORSÉ ORTOPÉDICO QUE AYUDE A PREVENIR EL AUMENTO DE LA CURVA DURANTE EL CRECIMIENTO. CUANDO LA ESCOLIOSIS ES GRAVE O PROGRESA RÁPIDAMENTE, PUEDE SER NECESARIA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, COMO LA FUSIÓN VERTEBRAL, PARA CORREGIR LA DEFORMIDAD Y ESTABILIZAR LA COLUMNA. ADEMÁS, LA FISIOTERAPIA Y ACTIVIDADES FÍSICAS ADECUADAS SON COMPLEMENTOS IMPORTANTES PARA MEJORAR LA MOVILIDAD Y REDUCIR MOLESTIAS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

- SOLICITAR CITA EN LA EPS PARA VALORACION DEL JOVEN
- REALIZAR LOS EJERCICIOS EXPLICADOS PARA LA ESCOLIOSIS
- SOLICITAR LAS CITAS PERTINENTES CON NEUROCIRUGIA DE COLUMNA
- MEJORAR LOS HABITOS ALIMENTICIOS
- SOLICITAR LAS CONSULTAS DE ODONTOLOGIA Y OPTOMETRIA

FAMILIARES *

SOLICITAR EL APOYO DE SUS MADRE PARA CADA UNA DE LAS GESTIONES EN SALUD Y EL ACOMPAÑAMIENTO

INSTITUCIONALES *

- SOLICITAR LA CITA EN LA IPS NORVITA, INSCRIBIRSE EN ACTIVIDADES DE CULTURA, DEPORTE PARA EL AMNEJO DEL TIEMPO LIBRE

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIA SON ADHERNECIA A CONTROLES MEDICOS SEGUN CILO VITAL

Talla

143

Peso

40

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

98

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

112/79

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

73

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

14.1 HEIDY YOHANA SANTAMARIA CC 1072651901 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: HEIDY JOHANA SANTAMARIA BOLIVAR

EDAD: 18 AÑOS

DOCUMENTO: CC 10722651901

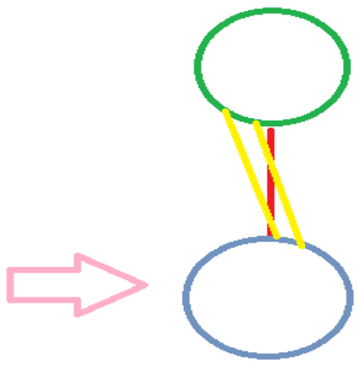
EPS: FAMISANAR

CELULAR: 3118733400

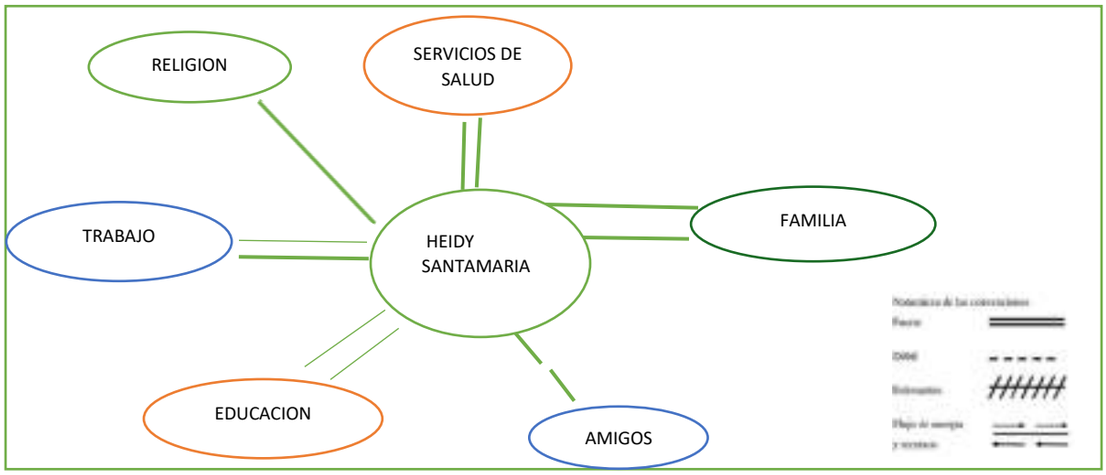
VEREDA: BOJACA

SECTOR: LA FRONTERA

FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: yohanagarz2089@gmail.com

15 de febrero de 2026 a las 11:22 a.m.

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ALEJANDRA GUERRERO

MOTIVO VISITA *

USUARIO CON DISCAPACIDAD COGNITIVA LEVE, GOTA DEBIDO A INCRMENETO DEL ACIDO URICO

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARCEDONIO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

BOLIVAR

SEGUNDO APELLIDO

SANCHEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

79186561

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

01 / 03 / 1967

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

DISCAPACIDAD COGNITIVA, GOTA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [x] Otro: DISCAPACIDAD

TELEFONO DE CONTACTO *

3202961739

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR LA FRONTERA ENTRADA DE LOS SOCHA REYES

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

HERMANOS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ESCASO CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD
MALA ADHERENCIA A LOS CONTROLES SEGUN CICLO VITAL
ESCASA REDES DE APOYO FAMILIARES

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

USUARIO CON DISCAPACIDAD COGNITIVA LEVE CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD, SE ENCUENTRA EN EL PROGRAMA DE DISCAPACIDAD, NO ES ADHERNETE A LOS CONTROLES MEDICOS Y TOMA DE MEDICAMENTOS DEBIDO A SU CONDIICON. ESCASA REDES DE APOYO SOLO UNA HERMNAA ESTA AL PENDIENTE Y LO APOYA ECONOMICAMENTE Y CON CITAS MEDICAS. SE LE EXPLICA AL USUARIO LA IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES MÉDICOS RADICA EN QUE PERMITEN PREVENIR, DETECTAR Y TRATAR ENFERMEDADES DE MANERA TEMPRANA, MUCHAS VECES ANTES DE QUE PRESENTEN SÍNTOMAS, LO QUE AUMENTA LAS POSIBILIDADES DE ÉXITO EN LOS TRATAMIENTOS Y REDUCE COMPLICACIONES. ADEMÁS, FACILITAN EL SEGUIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO COMO LA PRESIÓN ARTERIAL, EL COLESTEROL O LA GLUCOSA, PERMITEN ACTUALIZAR VACUNAS Y RECIBIR ORIENTACIÓN SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, Y CONTRIBUYEN A MANTENER UN ESTADO DE SALUD ÓPTIMO, MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y PROLONGAR LA ESPERANZA DE VIDA MEDIANTE UNA ATENCIÓN PREVENTIVA Y CONSTANTE.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

TOMAR LOS MEDICAMENTOS EN LOS HORARIOS ESTABLECIDOS
RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS EN LA EPS
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIAMENTE
MODIFICAR LOS HABITOS ALIMENTICIOS

FAMILIARES *

CONTINUAR CON LA RED DE APOYO FAMILIAR, PARA EL FORTALECIMIENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE. SOLICITAR EL APOYO DE LA FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A CITAS MEDICAS Y EL DESARROLLO DE GESTIONES EN SALUD

INSTITUCIONALES *

ACUDIR AL PROGRAAM DE DISCAPACIDAD Y LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLEN.

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIO CON MALA ADHERENCIA A LOS CONTROLES MEDICOS.

Talla

165

Peso

66

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

65

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

123/77

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

94

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

15.1 MARCEDONIO BOLIVAR SANCHEZ CC 791866561 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: MACEDONIO BOLIVRA SANCHEZ

EDAD: 57 AÑOS

DOCUMENTO: CC 79186561

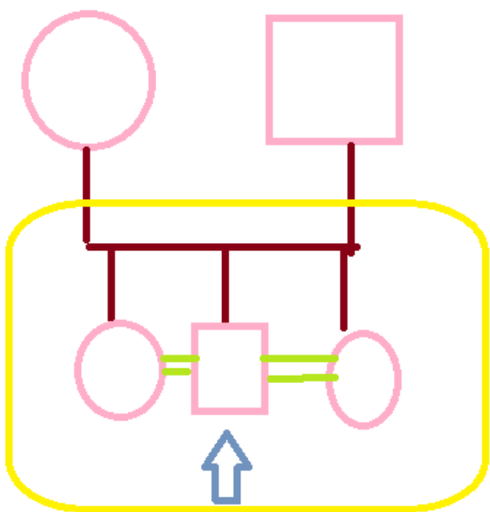
EPS: COMPENSAR

CELULAR: 3202961739

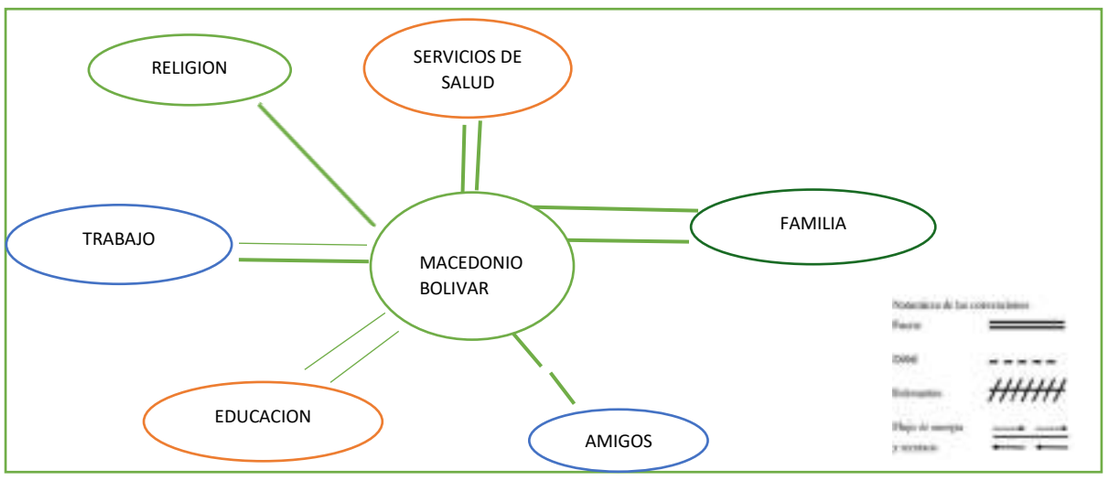
VEREDA: BOJACA

SECTOR: LA FRONTERA

FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: yohanagarz2089@gmail.com

15 de febrero de 2026 a las 11:43 a.m.

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MELGAREJO

MOTIVO VISITA *

USURIA CON REPORTE DE CITOLOGIA ASCUS

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

SANEY

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

BOLIVAR

SEGUNDO APELLIDO

SANCHEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

35197696

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

26 / 10 / 1978

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

CITOLOGIA ALTERADA ASCUS, HERNIAS INQUINALES

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3107889756

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR LA FRONTERA ENTRADA SOCHA REYES

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

19

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

USUARIA NO ADHERENTE A LOS CONTROLES MEDICOS, ODONTOLOGICOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

USUARIA CON NREPORTE DE CITOLOGIA ASCUS QUIEN ESTA EN CONTROLES Y SEGUIMIENTO POR GINECOLOGIA. SE DA A COCNOER LA IMPORTANCIA DE LSO OCNTROLES DEL ADULTO, ODONTOLOGIA Y OPTOMETRIA DEBIDO A QUE NO ESTA ADHERENTE. SE EXPLICA A LA USUARIA LA NECESIDAD DE PRUEBAS ADICIONALES, COMO UNA PRUEBA DE VPH (VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO) O REPETIR LA CITOLOGÍA EN 6–12 MESES, SEGÚN LAS GUÍAS MÉDICAS. TAMBIÉN ES IMPORTANTE EDUCAR SOBRE HÁBITOS DE PREVENCIÓN, COMO EL USO DE MÉTODOS DE PROTECCIÓN EN RELACIONES SEXUALES, VACUNACIÓN CONTRA VPH, Y ACUDIR A CONTROLES GINECOLÓGICOS REGULARES, PARA REDUCIR EL RIESGO DE PROGRESIÓN A LESIONES MÁS GRAVES. LA INFORMACIÓN CLARA Y TRANQUILA AYUDA A DISMINUIR LA ANSIEDAD Y FOMENTA EL CUMPLIMIENTO DEL SEGUIMIENTO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

- REALIZARSE LA CITOLOGIA CADA SEIS MESES SEGUN LA INICACION MEDICA
- MEJORAR LOS HABITOS DE VIDA SALUDABLES
- ASISITIR A LOS CONTROLES DEL ADULTO EN LA EPS
- SOLICITAR CONTROL DE OSONTOLOGIA Y OPTOMETRIA

FAMILIARES *

CONTINUAR CON LA RED DE APOYO FAMILIAR, PARA EL FORTALECIMIENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE

INSTITUCIONALES *

- COLOCAR LAS QUEJAS RESPECTIVAS EN LA EPS SI NO AUTORIZAN LAS ORDENES APAR EL CONTROL DE SU PATOLOGIA

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIA CON UN REPORTE DE ASCUS QUEIN NO ES ADHERENTE A LOS CONTROLES MEDICOS PRO GINECOLOGIA, SE EXPLICA LA IMPORTANCIA

Talla

146

Peso

64

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

67

Saturación de oxigeno

97

Tensión arterial

116/83

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

98

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

16. 1 SANEY BOLIVAR SANCHEZ CC 35197696 ECO - Yohana Garzon.pdf

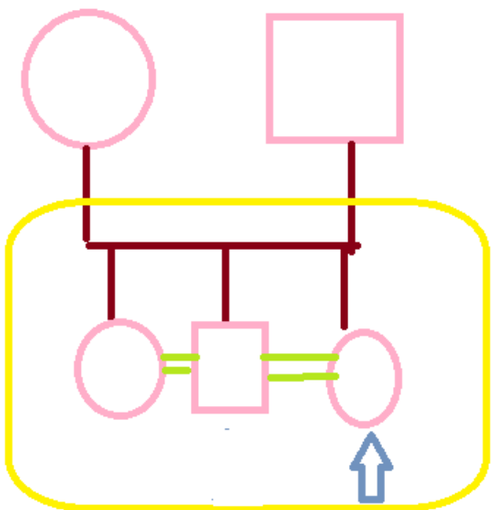
Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

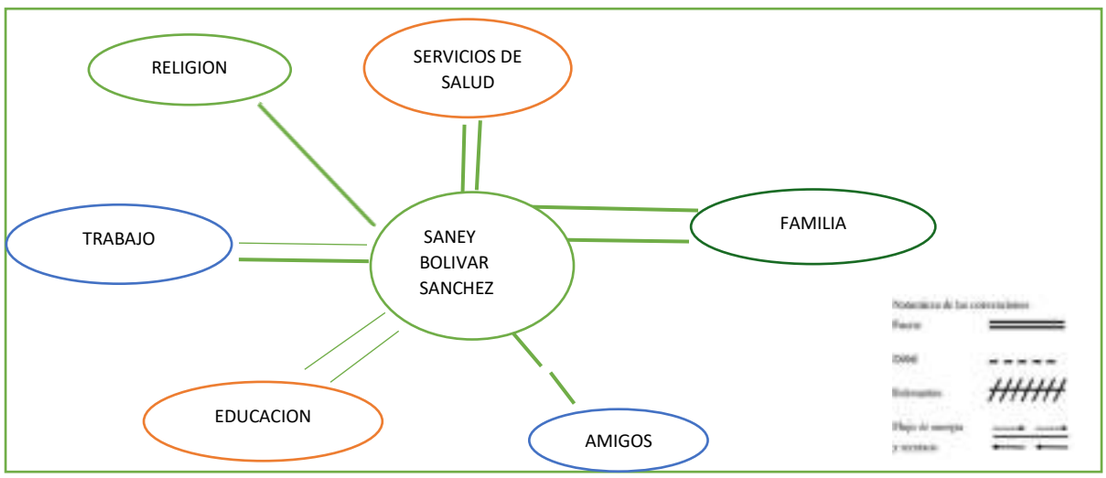
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: SANEY BOLIVAR SANCHEZ
EDAD: 47 AÑOS
DOCUMENTO: CC 35197696
EPS: FAMISANAR
CELULAR: 3107889756
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA

FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2
1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: yohanagarz2089@gmail.com

15 de febrero de 2026 a las 12:03 p.m.

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ALEJANDRA GUERRERO

MOTIVO VISITA *

USUARIA CON EPILEPSIA, MORDEDURA DE PERRO

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LAURA

SEGUNDO NOMBRE

DANIELA

PRIMER APELLIDO *

SIERRA

SEGUNDO APELLIDO

OVALLE

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072639564

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

20 / 02 / 2004

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

EPILEPSIA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [x] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3202570618

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA, SECTOR LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMA, HERMANO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ESTRES DEBIDO A MORDEDURA DE PERRO.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

USUARIA CON ANTECEDENTE DE EPILEPSIA QUIEN SUFRIO UNA MORDEDURA DE PERRO, ASISTIO AL SERVICIO DE URGENCIAS REALIZARON EL PROTOCOLO RESPECTIVO, LA USURAIA DA A CONOCER QUE COLOCARON PUNTOS DEBIDO A LA PROFUNDIDA DE LA HERIDA, COLOCARON ANTITETANICA Y ENVIARON ANTIBIOTICO CEFALEXINA POR SIETE DIAS PARA TRATAMEINTO EN CASA CONTROL EN OCHO DIAS EN LA CLINICA LA SABANA. SE INDAGA A AL USUARIA ACERCA DE EL METODO DE PLANIFICACION DA A COCNOER QUE PLANIFICA CON CICLOFEN, TEINE PENDIENTE AL TOAM DE LA CITOLOGIA CERVICOUTERINA, CONSULTA DEL JOVEN Y DE ODONTOLOGIA. LA IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES MÉDICOS RADICA EN QUE PERMITEN PREVENIR, DETECTAR Y TRATAR ENFERMEDADES DE MANERA TEMPRANA, MUCHAS VECES ANTES DE QUE PRESENTEN SÍNTOMAS, LO QUE AUMENTA LAS POSIBILIDADES DE ÉXITO EN LOS TRATAMIENTOS Y REDUCE COMPLICACIONES.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

- ASISTIR A LA CONSULAT DE CONTROL DEBIDO A LA MORDEDURA DEL PERRO
- VIGILAR SIGNOS DE ALARMA DEBIDO AL ACCIDNETE RABICO
- SOLCITAR LAS CONSULTAS PENDIENTES EN LA EPS
- REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIAMENTE

MEJORAR HABITOS DE VISA SALUDABLE

FAMILIARES *

CONTINUAR CON LA RED DE APOYO FAMILIAR, PARA EL FORTALECIMIENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS DEL INSTITUTO DE RECREACION Y DEPORTE., SOLICITAR LAS CITAS CORREPONDIENETS EN SU IPS DE ATENCION

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIA CON MORDEDUR DE PERRO, QUEIN ASISTIO AL SERVICIO DE URGENCIAS CLINICA SABANA Y LE APLICARON EL PROTOCOLO DE SALUD PUBLICA PARA MORDEDURA RESPECTIVO.

Talla

155

Peso

61

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

92

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

100/70

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

83

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

17.1 LAURA DANIELA SIERRA CC 1072639564 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crea tu propio formulario de Google

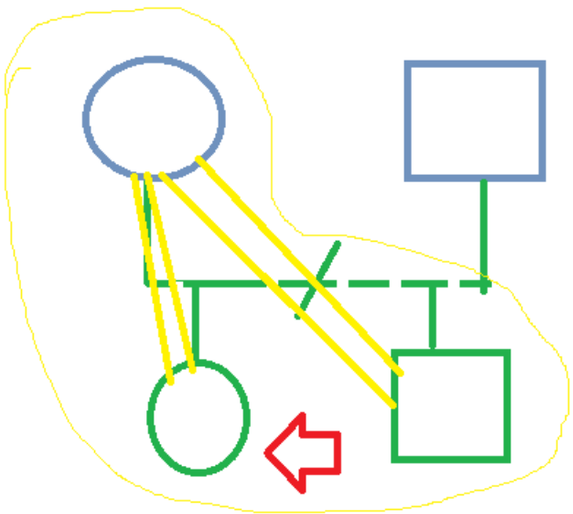
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

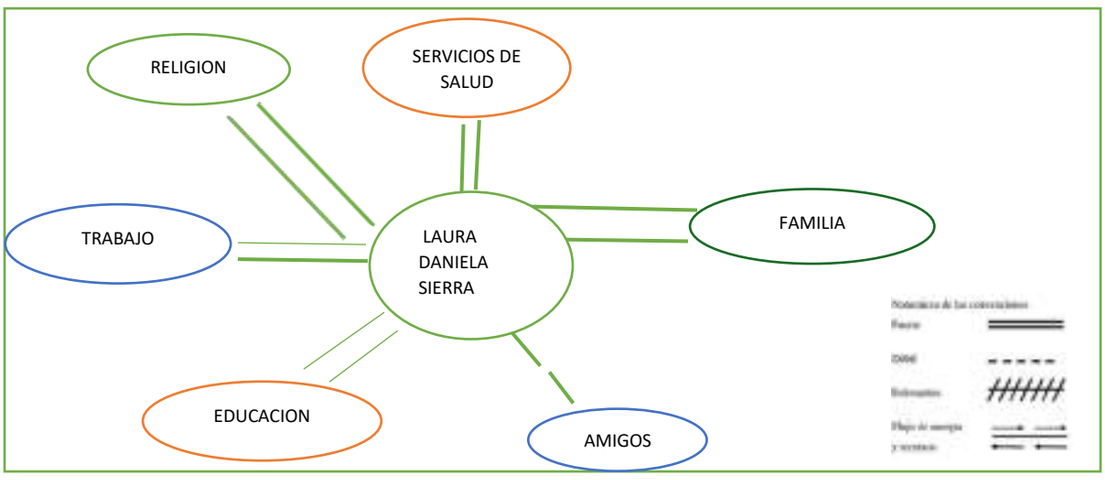
NOMBRE COMPLETO: LAURA DANIELA SIERRA OVALLE
EDAD: 21 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1072639564
EPS: SALUD TOTAL
CELULAR: 3202570618
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA



FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gmail

Yohana Garzon <yohanagarz2089@gmail.com>

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: yohanagarz2089@gmail.com

15 de febrero de 2026 a las 4:56 p.m.

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MELGAREJO

MOTIVO VISITA *

PUERPERA

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

14 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

RUDY

SEGUNDO NOMBRE

ESMERAY

PRIMER APELLIDO *

MORENO

SEGUNDO APELLIDO

VELASQUEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1234791386

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

26 / 04 / 1999

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

CENTRO COMERCIAL MADEROS

Antecedentes Personales en Salud: *

SEGUIMIENTO A PUERPERIO 06 DE ENERO DE 2026

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3207918070

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

1 MES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN A CAMBIOS DE VIDA
PUERPERIO DEL DIA 06 DE ENERO DE 2026.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA LA VISITA DEL PUERPERIO DEL 06 DE ENERO DE 2026, SEMANAS AL NACIEMIENTO 41 SEMNAS PARTO NORAML POR INDUCCION, RECIEN NACIDO MASCULINO CON UN PESO DE 3315 GRAMAS Y TALLA DE 52 CM, SE ENCUENTRA AL DIA CON LAS VACUNAS DEL RECIEN NACIDO, CONTROL DEL RECIEN NACIDO, A LA VALORACION SE ENCUENTRA UN POCO DE ICTERICIA ASOCIADO A LA LACTANCIA MATERNA. A NIVEL EMOCIONAL SE ENCUENTRA MUY BIEN DE ESTADO DE ANIMO, TIENE APOYO DE SU PAREJA, EN CUECNTO A LA LACTANCIA MATERNA NO HA TENISO NINGUNA DIFICULTA. SE BRINDA EDUCACION SOBRE SIGNOS DE ALARMA DEL PUERPERIO FIEBRE MAYOR A 38 °C, SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE O CON COÁGULOS GRANDES (ESPECIALMENTE SI EMPAPA MÁS DE UNA TOALLA SANITARIA POR HORA), MAL OLOR EN LOS LOQUIOS, DOLOR ABDOMINAL INTENSO O QUE NO CEDE CON ANALGÉSICOS, ENROJECIMIENTO, DOLOR O SECRECIÓN EN LA HERIDA DE CESÁREA O EPISIOTOMÍA, DOLOR O ENROJECIMIENTO EN LAS MAMAS ACOMPAÑADO DE FIEBRE, DOLOR INTENSO EN LAS PIERNAS CON INFLAMACIÓN O ENROJECIMIENTO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

- ASISTIR A LOS CONTROLES DEL MENOR
- CONTINUAR CON EL ESQUEMA DE VACUNACION
-SOLICITAR CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR
- TENER CINCO TIEMPOS DE COMIDA AUMENTANDO EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS.
- RELAIZAR ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO.

FAMILIARES *

- SOLICITAR EL APOYO DE SU PAREJA PARA LOS CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO.

INSTITUCIONALES *

-ASISTIR A LOS TALLERES DE MATROGIMASIA, SOLCIITAR SUS CONSUSLTAS EN LA EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

PUERPERA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES NO PRESENTA SIGNOS DE ALARMA AL MOEMNTO DE LA VISITA.

Talla

160

Peso

64

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

87

Saturación de oxigeno

90

Tensión arterial

93/68

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

85

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

18.1 RUDY ESMERAY MORENO VELASQUEZ CC 1234791386 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crea tu propio formulario de Google

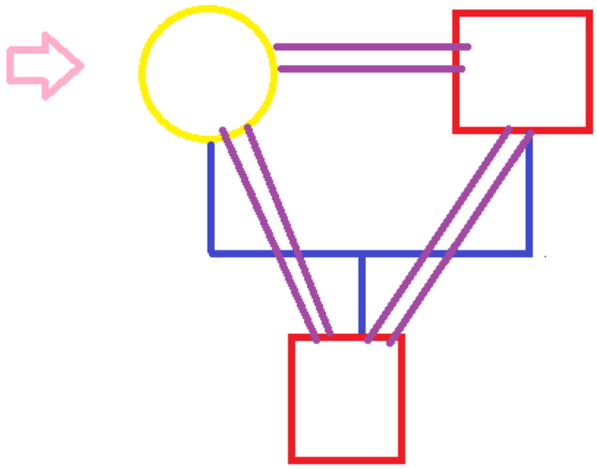
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

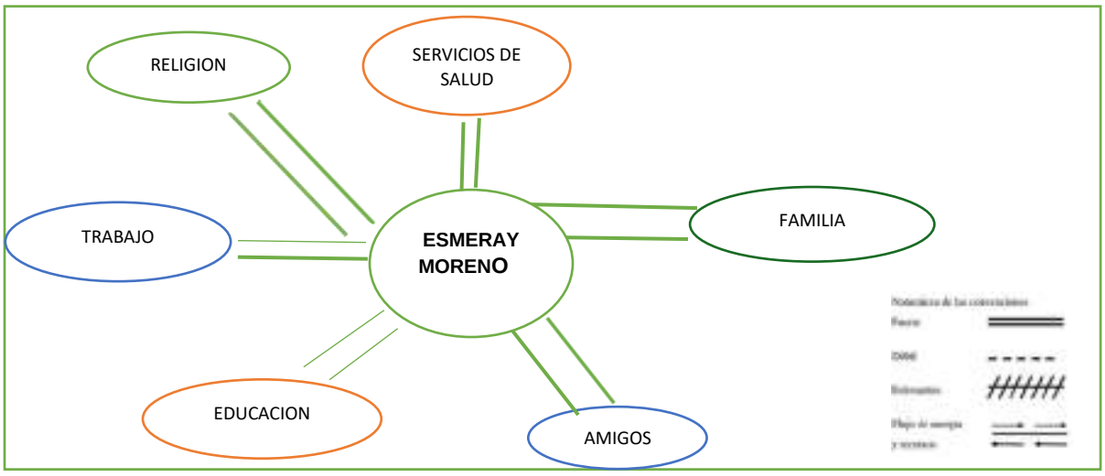


NOMBRE COMPLETO: RUDY ESMERAY MORENO VELASQUEZ
EDAD: 26 AÑOS
DOCUMENTO: CC1234791386
EPS: NUEVA EPS
CELULAR: 3207918070
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA

FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 15 de febrero de 2026 a las 5:20 p.m.
Para: yohanagarz2089@gmail.com

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MELGAREJO

MOTIVO VISITA *

RECIEN NACIDO CON ICTERIA

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

14 / 02 / 2025

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

DAVID

SEGUNDO NOMBRE

SANTIAGO

PRIMER APELLIDO *

LOPEZ

SEGUNDO APELLIDO

MORENO

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072683516

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

06 / 01 / 2026

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

RUDY

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

ESMERAY

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

RUDY

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

ESMERAY

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE

3207918070

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

CENTRO MADEROS

Antecedentes Personales en Salud: *

ICTERICIA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad

- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA

☐ Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3207918070

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

PARQUE DE LAS FLORES II TORRE 11 APRATMENTO 606

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PADRES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

USURIO RECIEN NACIDO, CON ICTERIA POR LACTANCIA MATERNA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

USUARIO RECIEN NACIDO DEL 06/01/2026 CON UN PESO AL ANCER DE 3315 GRAMAS Y UNA TALLA DE 52 CM, AL MOEMNTO DE LA VLAORACION CON ICTERIA, PERO LA MADRE REFIERE QUE DIERON A COCNOER QUE ERA PRO LA LACTANCIA MATERNA QUE RELIZARA LA EXPOSICION A AL LUZ O AL SOL EN LAS HORAS DE LA MAÑANA. CEUNTA CON EL ESQUEMA DEL REICEN NACIDO PENDIENTES LAS VACUNAS DE LOS DOS MESES SE INDICA A LA VACUNADORA DE LA ZONA PAARQ EU ESTABLEZCA CONTACTO CON LA MADRE DEL MENOR. LOS CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO SE CENTRAN EN MANTENER SU SALUD, FAVORECER SU CRECIMIENTO Y PREVENIR COMPLICACIONES. INCLUYEN LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA (8–12 VECES AL DÍA), MANTENER AL BEBÉ ABRIGADO Y EN CONTACTO PIEL CON PIEL, REALIZAR HIGIENE DIARIA SUAVE Y MANTENER EL CORDÓN UMBILICAL LIMPIO Y SECO HASTA QUE CAIGA POR SÍ SOLO. ES FUNDAMENTAL COLOCARLO A DORMIR

BOCA ARRIBA EN UNA SUPERFICIE FIRME Y SIN OBJETOS SUELTOS PARA PREVENIR MUERTE SÚBITA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

- ASISTIR A LOS CONTROLES DE LA PRIMERA INFANCIA
- SOLICITAR POR -PARTE DE LOS PADRES LAS CITAS MEDICAS

FAMILIARES *

- CONTINUAR CON LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS SEIS MESES Y COMPLEMTARIA HASTA LSO DOS AÑOS.

INSTITUCIONALES *

- ASISTIR A LOS TALLERES DE MATROGIMNASIA

Observaciones / hallazgos encontrados

RECIEN NACISO CON EL CONTROL MEDICO AL DIA, PENDIENTE LAS VACUNAS DE LOS DOS MESES, ICTERICIA PRO LA LACTANCIA MATERNA. SE BRINDAN RECOMENDACIONES Y SIGNSO DE ALARMA.

Talla

52

Peso

3315

Frecuencia respiratoria

50

Frecuencia cardiaca

100

Saturación de oxigeno

97

Tensión arterial

NA

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

NA

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

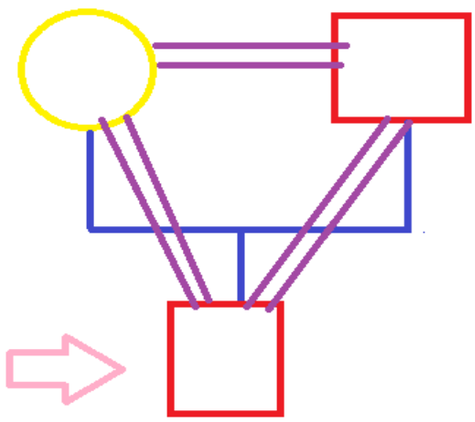
19.1 SANTIAGO LOPEZ RC 1072683516 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crea tu propio formulario de Google
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

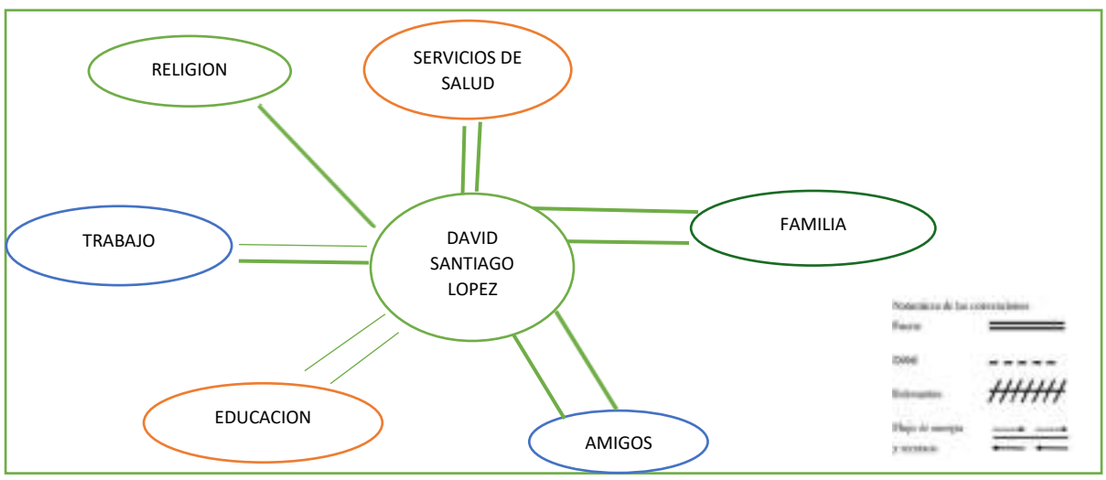
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: DAVID SANTIAGO LOPEZ
EDAD: 29 AÑOS
DOCUMENTO: RC
EPS: NUEVA EPS
CELULAR: 3207918070
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA

FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: yohanagarz2089@gmail.com

15 de febrero de 2026 a las 6:52 p.m.

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MELGAREJO

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO GESTANTE DE ALTO RIESGO

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

14 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

KAREN

SEGUNDO NOMBRE

MILENA

PRIMER APELLIDO *

RIAÑO

SEGUNDO APELLIDO

BOLIVAR

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1007635267

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

25 / 09 / 2000

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

GESTANTE DE 29 SEMANAS CON ALTO RIESGO POR INCOMPATIBILIDADES RH O-, AUMENTO DE CIFRAS TENSIONALES Y HOSPITALIZACION

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [x] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3242710478

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREFA BOJACA SECTOR LA FRONTERA ENTERADA SOCHA REYES

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

8

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ANTECEDENTE DE INCOMPATIBILIDADES DE RH O-, HOSPITALIZACION POR CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS. FALTA DE APOYO DEL PADRE DE SU HIJO. LABILIDAD EMOCIONAL.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZALA VISITA DE GETSANET DE ALTO RIESGO DE 29 SEMANAS DE GESTACION G2P1V1, CON UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO POR INCOMPATIBILIDADES DE RH O-. SU PRIMER CONTROL PRENATAL EL 18/11/2025 A LA FECHA LLEVA TRES CONTROLES PRENATALES, LOS LABORATORIOS DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, ENE L EMBARZO ANTERIOR DA A CONOCER QUE LE COLOCARON LA INMONOGLOBULINA.
EL DIA 26/01/2026 INGRESA A CONTROL PRENATAL POR DOLOR DE CABEZA Y CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS, A LA FECHA DE LA VISITA SIGNOS VITALES DENTRO DE PAARAMETROS NORMALES. LA GETSANET DA A COCNOER QUE LE ANGUSTIA UN POCO QUE NO TIENEN LA COLBORACION DEL PADRE DE SU HIJO POR ESTA RAZON SE ESTRESA EN OCASIONES.
LOS SIGNOS DE ALARMA EN LA GESTACIÓN SON SÍNTOMAS QUE INDICAN POSIBLE COMPLICACIÓN Y REQUIEREN ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA. ENTRE LOS PRINCIPALES SE ENCUENTRAN: SANGRADO VAGINAL, DOLOR ABDOMINAL INTENSO O CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO, SALIDA DE LÍQUIDO POR LA VAGINA (POSIBLE RUPTURA DE MEMBRANAS), FIEBRE MAYOR A 38 °C, DOLOR DE CABEZA FUERTE ACOMPAÑADO DE VISIÓN BORROSA O LUCES (POSIBLE PREECLAMPSIA), HINCHAZÓN REPENTINA DE CARA Y MANOS, DISMINUCIÓN O AUSENCIA DE MOVIMIENTOS DEL BEBÉ, DOLOR AL ORINAR, VÓMITOS PERSISTENTES, Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR. ANTE CUALQUIERA DE ESTOS SIGNOS, LA GESTANTE DEBE ACUDIR DE INMEDIATO AL SERVICIO DE SALUD PARA PREVENIR COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

- ASISTIR A CADA UNO DE LOS CONTROLES PRENATALES
- TOMAR LOS MICRONUTRIENTES
- EVIDENCIAR LOS SIGNOS DE ALARMA DE LA GETACION
- TOMARSE LOS MICRONUTRIENTES
- ASISITRI A LAS CONSULTAS DE PSICOLOGIA

FAMILIARES *

- SOLCITAR EL APOYO DE MADRE Y FAMILIA CERCANA

INSTITUCIONALES *

- PARTICIPAR EN EL CURSO DE PREPARACION DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD. ASISTIR A LSO CONTROLES PRENATALES.

Observaciones / hallazgos encontrados

GESTANTE DE 29 SEMANAS CON ALTO RIESGO POR INCOMPATIBILDIAD RH 0-

Talla

152

Peso

66

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

87

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

100/75

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

27

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

20.1 KAREN MILENA RIAÑO BOLIVAR CC 1007635267 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe



DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: KAREN MILENA RIAÑO BOLIVAR

EDAD: 25 AÑOS

DOCUMENTO: CC 1007635267

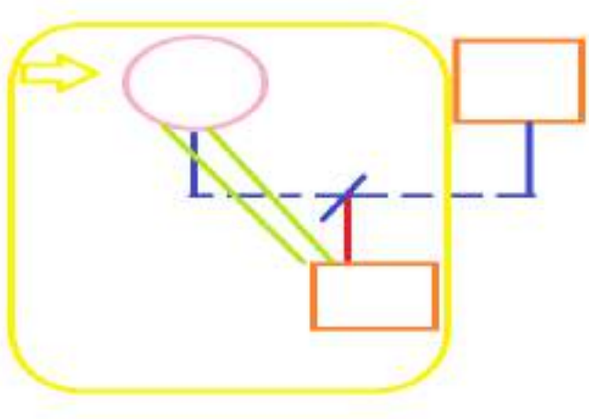
EPS: FAMISANAR

CELULAR: 3242710478

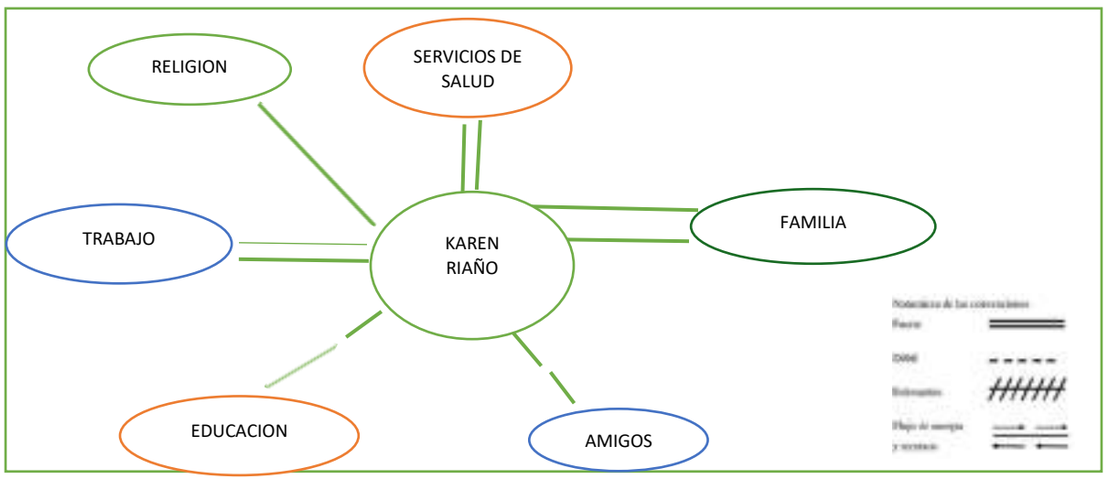
VEREDA: BOJACA

SECTOR: LA FRONTERA

FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: yohanagarz2089@gmail.com

15 de febrero de 2026 a las 9:08 p.m.

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MELGAREJO

MOTIVO VISITA *

USUARIO CON CONDICION CRONICA, NO ADHERNETE A LOS HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

14 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

RODOLFO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

LOPEZ

SEGUNDO APELLIDO

RAMIREZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

215013

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

10 / 03 / 1940

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES, HIPERPLASIA PROSTATICA, CATARATA EN OJO IZQUIERDO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [x] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3219870103

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR LA FRONTERA ENTRADA LOS LOPEZ

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

53, 56

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

USUARIO NO ADHERNETE A LOS HABITSO DE VIDA SALUDABLE, DIFICULTAD PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD,

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA LA VIISTA A USURIO CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES, HIPERPLASI PROSTATICA, DA A CONOCER QUE ESTA TOMANDO TAMSULOSINA 0,4 MG, METFOMINA DE 850 MG, AMLODIPINO DE 5MG Y LOSARTAN DE 50 MG. ULTIMO OCNTROL DE CRONICOS EL DIA 08 DE DICIEMBRE DE 2025. SE BRINDA EDUCACION PARA EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ES INDISPENSABLE. LOS MEDICAMENTOS DEBEN TOMARSE EXACTAMENTE COMO FUERON PRESCRITOS, RESPETANDO DOSIS Y HORARIOS. NO SE DEBE SUSPENDER EL TRATAMIENTO AUNQUE LA PERSONA SE SIENTA BIEN O TENGA LA PRESIÓN CONTROLADA. ANTE LA PRESENCIA DE EFECTOS SECUNDARIOS, SE DEBE ACUDIR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y NO AUTOMEDICARSE.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

-ASISTIR A LOS CONTROLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CADA TRES MESES
-TOMARSE LOS EXAMENS DE LABORATORIO INDICADOS PRO EL MEDICO
-REALIZAR EJERCICIOS DE MOVILIDAD
- DISMINUIR LA INGETSA DE SAL Y AZUCAR EN AL DIETA
- REALIZAR EJERCICIOS DE MOVILIDAD
- DIMSINUIR LA INGETSA DE SAL Y AZUCAR EN AL DIETA

FAMILIARES *

SOLICITAR EL APOYO DE LA FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A CITAS MEDICAS Y EL DESARROLLO DE GESTIONES EN SALUD

INSTITUCIONALES *

- ASISITRI AL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR , ASISTIR AL CLUB DE CRONICOS DE LA EPS. SOLICITAR LAS CITAS CORRESPONDIENTES.

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIO CRONICO CON MALA ADHERNECIA A LOS HABITOS DE VIDA SALUDABLE.FUMO POR MAS DE 15 AÑOS.

Talla

170

Peso

74

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

71

Saturación de oxigeno

65

Tensión arterial

123/75

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

128

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

21.1 RODOLFO LOPEZ RAMIREZ CC 215013 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crea tu propio formulario de Google

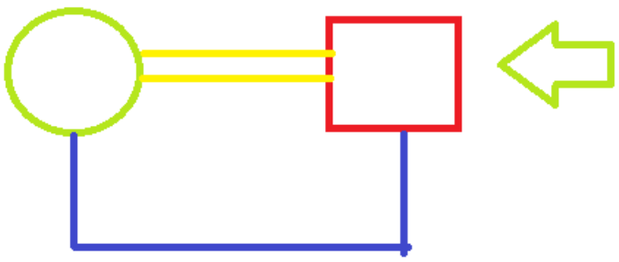
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

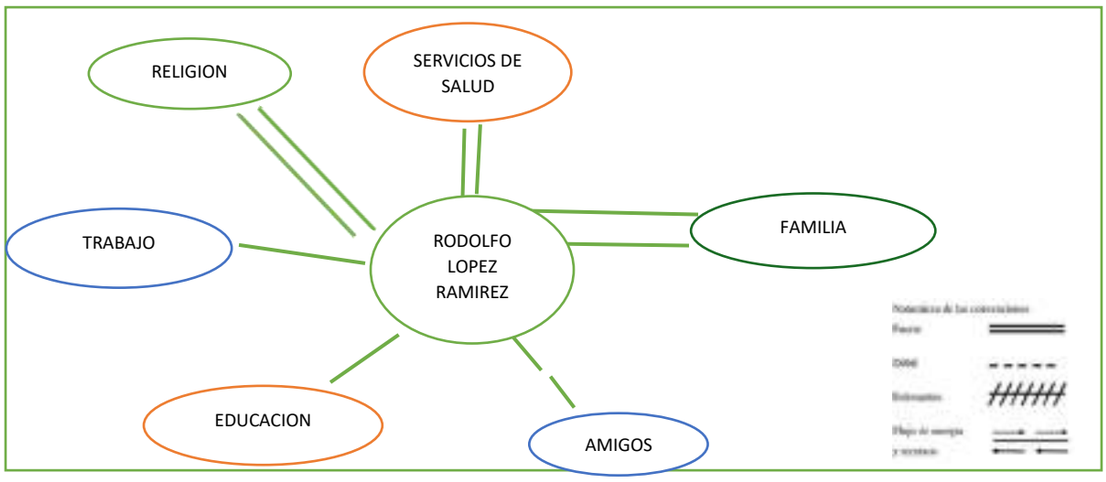
NOMBRE COMPLETO: RODOLFO LOPEZ RAMIREZ
EDAD: 85 AÑOS
DOCUMENTO: CC 215013
EPS: COMPENSAR
CELULAR: 3219870103
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA



FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: yohanagarz2089@gmail.com

15 de febrero de 2026 a las 9:58 p.m.

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MELGAREJO

MOTIVO VISITA *

USUARIA CON CONDICIONES CRONICAS CON MALOS HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

14 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

BLANCA

SEGUNDO NOMBRE

LUCIA

PRIMER APELLIDO *

GARZON

SEGUNDO APELLIDO

TORRES

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20468295

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

06 / 12 / 1946

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION ARTERIAL, PREDIABTES, ARTROSIS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [x] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

32198770103

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA SECTOR LA FRONTERA ENTRADA LOS LOPEZ

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

53, 56

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

FALTA DE MOTIVACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO
DIFICULTAD PARA AFRONTAR ENFERMEDADES

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA LA VISITA USUARIA CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL, PREDIABETES, ULTIMO CONTROL DE CRONICOS EN DICIEMBRE DE 2025. SE INDAGA SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y DA A CONOCER QUE TOMA EMPAGLIFOZINA 10 MG, ATORVASTATINA 40 MG EN LA NOCHE, VALSARTAN 80 MG DIA. EN OCASIONES REFIERE QUE SE SIENTE ANGUSTIADA DEBIDO A QUE LE REALIZARON UNA CIRUGIA DE CATARATA Y DE INFECTO Y DEBE ASISTIR A CONTROLES CON OFTAMOLOGIA. SE RECOMIENDA MANTENER UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, RICA EN FRUTAS, VERDURAS, LEGUMBRES, CEREALES INTEGRALES Y ALIMENTOS BAJOS EN GRASA. ES IMPORTANTE REDUCIR EL CONSUMO DE SAL A MENOS DE 5 GRAMOS AL DÍA, EVITANDO AGREGAR SAL EXTRA A LAS COMIDAS Y LIMITANDO EL CONSUMO DE PRODUCTOS PROCESADOS, ENLATADOS Y EMBUTIDOS. TAMBIÉN SE ACONSEJA DISMINUIR LA INGESTA DE GRASAS SATURADAS, FRITURAS Y AZÚCARES, PREFIRIENDO PREPARACIONES AL VAPOR, HERVIDAS O AL HORNO, Y CONSUMIR SUFICIENTE AGUA DURANTE EL DÍA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

-TOMAR LOS MEDICAMENTOS EN LOS HORARIOS ESTABLECIDOS
-RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS EN LA EPS
-REALZIAR ACTIVIDAD FISICA DIARIAMENTE
-MODIFICAR LOS HABITOS ALIMENTICIOS

FAMILIARES *

SOLICITAR EL APOYO DE LA FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A CITAS MEDICAS Y EL DESARROLLO DE GESTIONES EN SALUD

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS DEL INSTITUTO DE RECREACION Y DEPORTE.

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIA CON PATOLOGIAS CRONICAS, CON MALOS HABITSO DE VIDA. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA

Talla

148

Peso

58

Frecuencia respiratoria

17

Frecuencia cardiaca

68

Saturación de oxigeno

95

Tensión arterial

127/77

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

95

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

22. 1 BLANCA LUCIA GARZON CC 20468295 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: BLANCA LUCIA GARZON TORRES

EDAD: 79 AÑOS

DOCUMENTO: CC 20468295

EPS: COMPENSAR

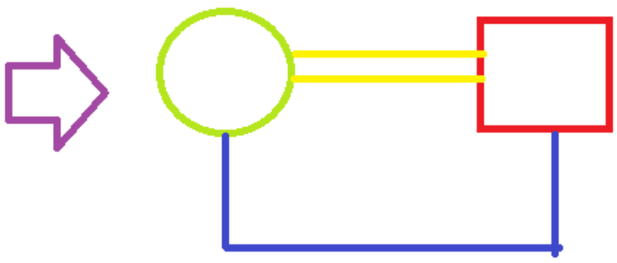
CELULAR: 32198770103

VEREDA: BOJACA

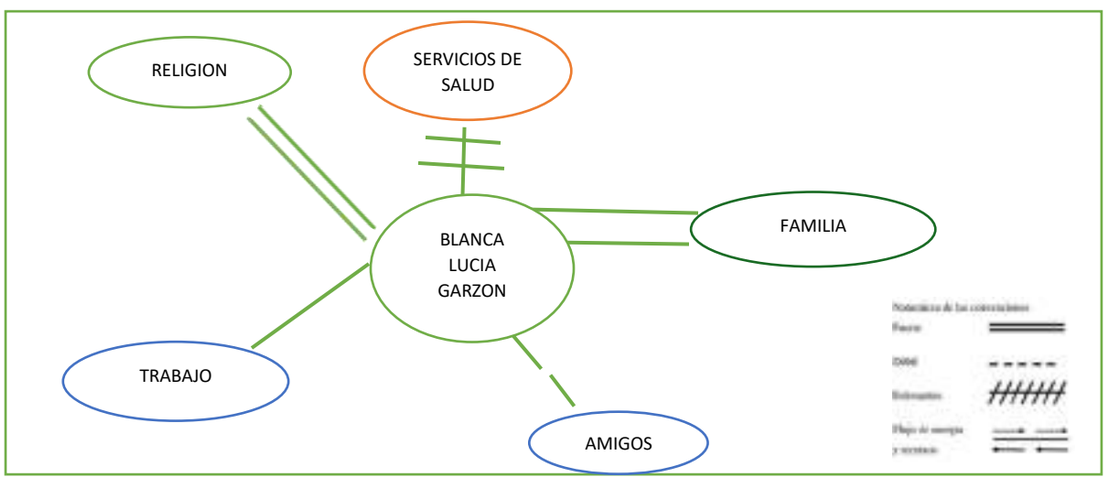
SECTOR: LA FRONTERA



FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: yohanagarz2089@gmail.com

15 de febrero de 2026 a las 10:14 p.m.

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MELGAREJO

MOTIVO VISITA *

USUARIA CON POCA ADHERNECIA A CONTROLES MEDICOS Y TAMIAJE DE DETENCCIOND E CANCER

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

15 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

BLANCA

SEGUNDO NOMBRE

LUCIA

PRIMER APELLIDO *

LOPEZ

SEGUNDO APELLIDO

GARZON

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

35476548

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

23 / 10 / 1972

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NODULOS EN MAMA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3155744926

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA SECTRO LA FRONTERA LOS LOPEZ

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

30, 27

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

FALTA DE MOTIVACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO
CONFLICTOS FAMILIARES

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

USUARIA CON ANTECEDNETES DE NODULOS EN SENO, CON ANTECEDENTE DE HISTERECTOMIA TOTAL, PENDIENTE LA ASISTENCIA A CONSULTA DE ODONTOLOGIA, CONSULAT DEL ADULTO. NO TOMA NINGUN MEDICAMENTO, NO RELAIZA ACTIVIDAD FISICA. LA IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES MÉDICOS RADICA EN QUE PERMITEN PREVENIR, DETECTAR Y TRATAR ENFERMEDADES DE MANERA TEMPRANA, MUCHAS VECES ANTES DE QUE PRESENTEN SÍNTOMAS, LO QUE AUMENTA LAS POSIBILIDADES DE ÉXITO EN LOS TRATAMIENTOS Y REDUCE COMPLICACIONES. ADEMÁS, FACILITAN EL SEGUIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO COMO LA PRESIÓN ARTERIAL, EL COLESTEROL O LA GLUCOSA, PERMITEN ACTUALIZAR VACUNAS Y RECIBIR ORIENTACIÓN SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES, Y CONTRIBUYEN A MANTENER UN ESTADO DE SALUD ÓPTIMO, MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y PROLONGAR LA ESPERANZA DE VIDA MEDIANTE UNA ATENCIÓN PREVENTIVA Y CONSTANTE.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ASISTIR A LOS CONTROLES DEL ADULTO
SOLICITAR LOS EXAMENES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIAMENTE
DIMINUIR EL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS.

FAMILIARES *

- SOLICITAR EL ACOMPAÑAMIENTO DE SUS HIJOS PARA LAS GESTIONES DE SALUD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y SOLICITUD DE CITAS MEDICAS.

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A LOS PROGRAMAS RECREATIVOS INSTITUTO DE RECREACION Y DEPORTE

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIO CON ANTECEDNETS DE NODULOS EN MAMAS, PENDIENTE SOLCIIATAR CIAT DE CONTROL DEL ADULTO. MEJORAR HABITOS DE VIDA SALUDABLES.

Talla

150

Peso

57

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

80

Saturación de oxigeno

95

Tensión arterial

124/83

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

83

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

23.1 BLANCA LUCIA LOPEZ GARZON ECO - Yohana Garzon.pdf

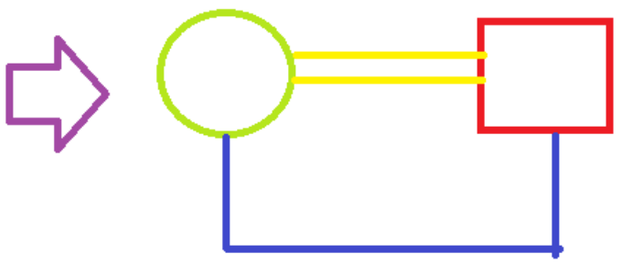
Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

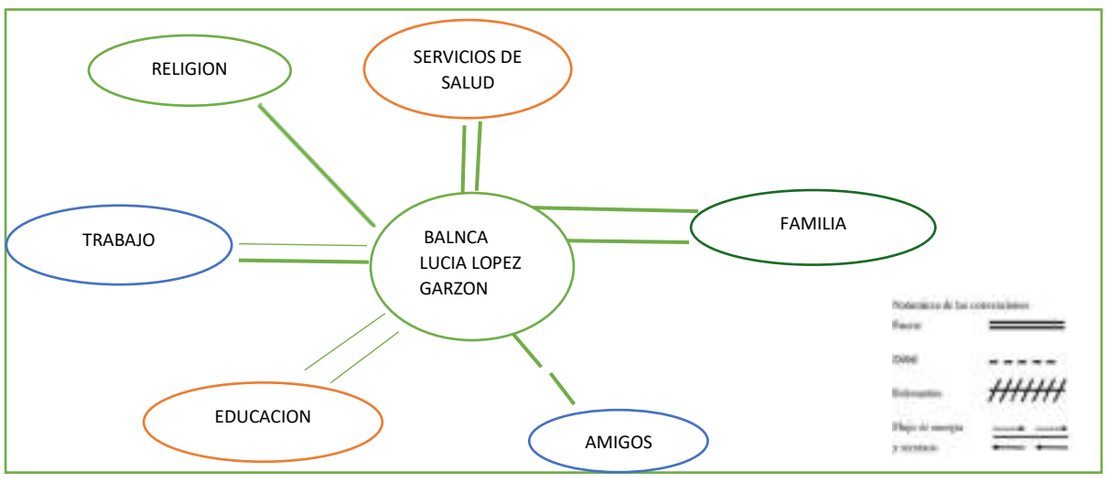
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: BLANCA LUCIA LOPEZ GARZON
EDAD: 53 AÑOS
DOCUMENTO: CC 35476548
EPS: FMISANAR
CELULAR: 3155744926
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA

FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: yohanagarz2089@gmail.com

16 de febrero de 2026 a las 4:08 p.m.

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ALEJANDRA GUERRERO

MOTIVO VISITA *

USUARIO NO ADHERENTE A LOS CONTROLES SEGUN CICLO VITAL

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

15 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

NEIRO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

QUINAYAS

SEGUNDO APELLIDO

QUINAYAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1061987248

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

20 / 01 / 1992

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REFIERE

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [x] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3012230092

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA FRONTERA ENTRADA LOS LOPEZ

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

14

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

USUARIO NO ADHERNETE A LOS CONTROLES SEGUN CICLO VITAL, MALOS HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

USUARIO SIN ADHERENCIA A LOS CONTROLES MEDICOS SEGUN CICLO VITAL, MALOS HABITOS DE VIDA SALUDABLES. LOS CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS SON FUNDAMENTALES PARA MANTENER UNA BUENA SALUD, YA QUE PERMITEN DETECTAR DE MANERA TEMPRANA ENFERMEDADES QUE PUEDEN NO PRESENTAR SÍNTOMAS EN SUS ETAPAS INICIALES, COMO LA HIPERTENSIÓN, LA DIABETES O ALTERACIONES DEL COLESTEROL; ADEMÁS, FACILITAN EL SEGUIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO, LA ACTUALIZACIÓN DE ESQUEMAS DE VACUNACIÓN, LA ORIENTACIÓN SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y EL AJUSTE OPORTUNO DE TRATAMIENTOS, LO QUE CONTRIBUYE A PREVENIR COMPLICACIONES, MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y AUMENTAR LA ESPERANZA DE VIDA MEDIANTE UNA ATENCIÓN PREVENTIVA Y CONTINUA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ASISTIR A LOS CONTROLES DEL ADULTO
SOLICITAR LOS EXAMENES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
TOMARSE LA TENSION ARTERIAL EN DIFERENTES HORARIOS PARA LLEVAR EL CONTROL
REALIZAR ACTIVDAD FISICA DIARIAMENTE
DIMINUIR EL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS.

FAMILIARES *

CONTINUAR CON LA RED DE APOYO FAMILIAR, PARA EL FORTALECIMIENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS DEL INSTITUTO DE RECREACION Y DEPORTE. SOLICITA CONTROL DEL ADULTO EN LA EPS SEGÚN CICLO VITAL

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

163

Peso

72

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

60

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

121/70

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

98

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

24. 1 NEIRO QUINAÑAS CC 1061987248 ECO - Yohana Garzon.pdf

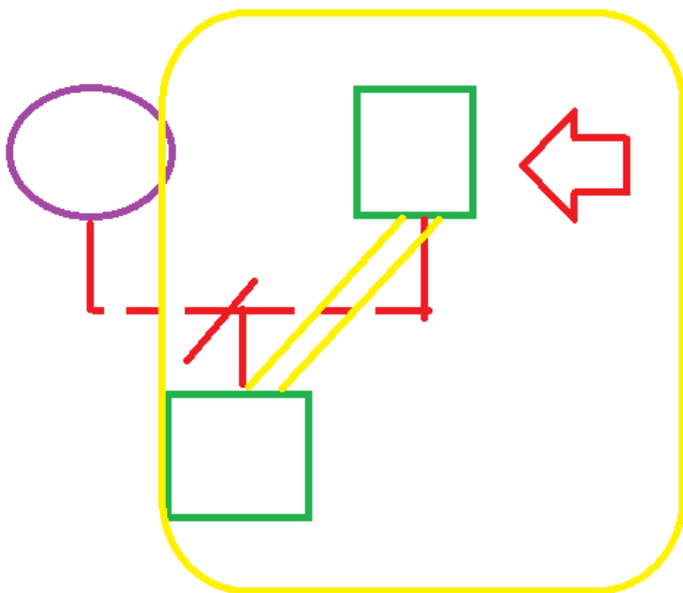
Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

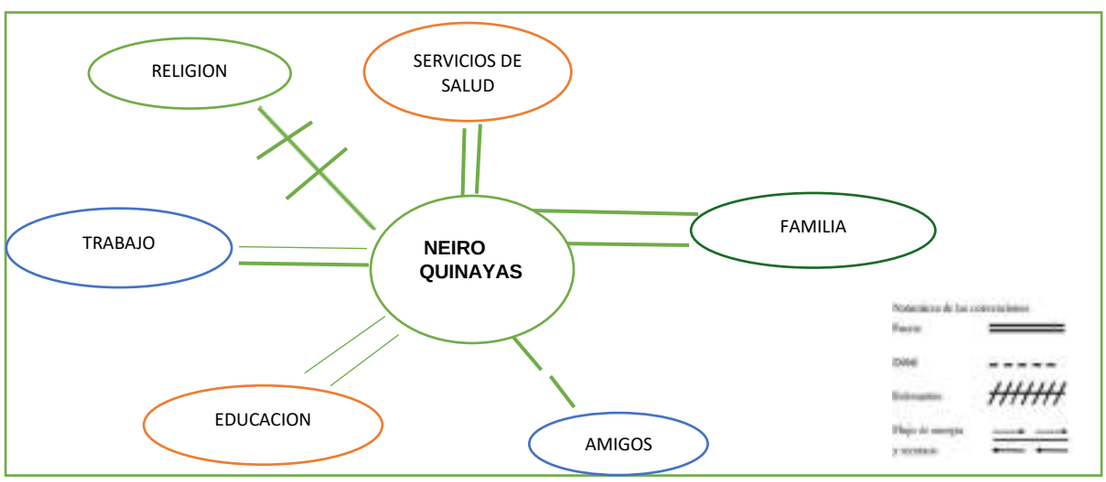
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: NEIRO QUINAYAS
EDAD: 33AÑOS
DOCUMENTO: CC 1061987248
EPS: SALUD TOTAL
CELULAR: 3012230092
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA

FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: yohanagarz2089@gmail.com

16 de febrero de 2026 a las 7:35 p.m.

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ALEJANDRA GUERRERO

MOTIVO VISITA *

USUARIA QUEIN NO REFIERE ANTECEDNETS EN SALUD, NO HA ASISTIDO A LA CONULTA INTEGRAL DE LA VEJEZ

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

15 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

INES

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

CANASTO

SEGUNDO APELLIDO

DE GARCIA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

41399811

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

16 / 10 / 1945

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REFIERE

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3114959603

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA SECTOR LA FRONTERA FAMILIA CANASTO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

VIUD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

59

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

NIETAS, BISNIETAS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

FALTA DE ADHERENCIA A LOS OCNTROLES MEDICOS DEL ADULTO MAYOR,

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALZIA VISITA A USUARIA NO REFIERE ANTECEDENTES EN SALUD, INDICA QUE NO HA ASISTIDO AL CONTROL INTEGRAL DE LA VEJEZ Y HACE MAS DE CUATRO AÑOS NO HA ASISITIDO AL CONTROL DE ODONTOLOGIA. LOS CONTROLES EN LA VEJEZ FORMAN PARTE DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD Y BUSCAN GARANTIZAR UNA ATENCIÓN PREVENTIVA, INTEGRAL Y CONTINUA PARA LAS PERSONAS MAYORES. ESTOS CONTROLES INCLUYEN VALORACIÓN MÉDICA PERIÓDICA, EVALUACIÓN DEL ESTADO FÍSICO, MENTAL Y FUNCIONAL, DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS COMO HIPERTENSIÓN Y DIABETES, SEGUIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN, PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES Y PREVENCIÓN DE RIESGOS QUE AFECTEN LA AUTONOMÍA. EL OBJETIVO PRINCIPAL ES MANTENER LA CALIDAD DE VIDA, PROMOVER UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y REDUCIR COMPLICACIONES MEDIANTE ATENCIÓN OPORTUNA Y SEGUIMIENTO CONSTANTE.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ASISTIR A LOS CONTROLES INTEGRALES DE LA VEJEZ
SOLICITAR LOS EXAMENES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
REALZIAR ACTIVDIAD FISICA DIARIAMENTE
DIMINUIR EL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS.

FAMILIARES *

SOLICITAR EL APOYO DE LA FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A CITAS MEDICAS Y EL DESARROLLO DE GESTIONES EN SALUD

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS DEL INSTITUTO DE RECREACION Y DEPORTE. SOLCIITAR LA CONSULTA DE LA VEJEZ EN LA EPS.

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIA SIN ADHERENICCA A LOS CONTROLES DE LA VEJEZ E INADECUADO HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

Talla

157

Peso

70

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

89

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

120/76

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

91

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

25.1 INES CANASTO DE GARCIA CC 41399811 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crea tu propio formulario de Google

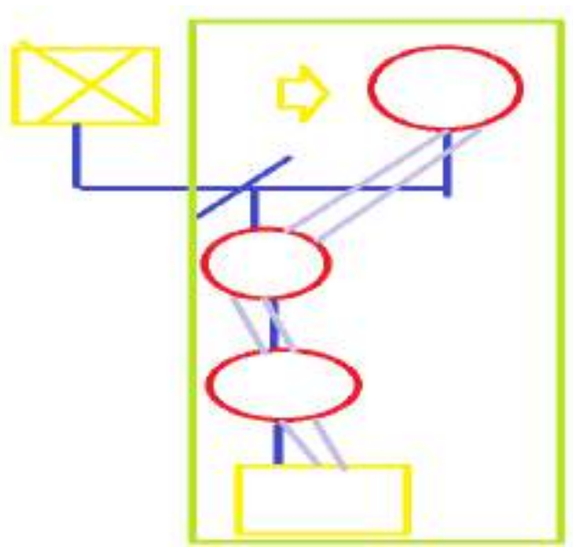
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

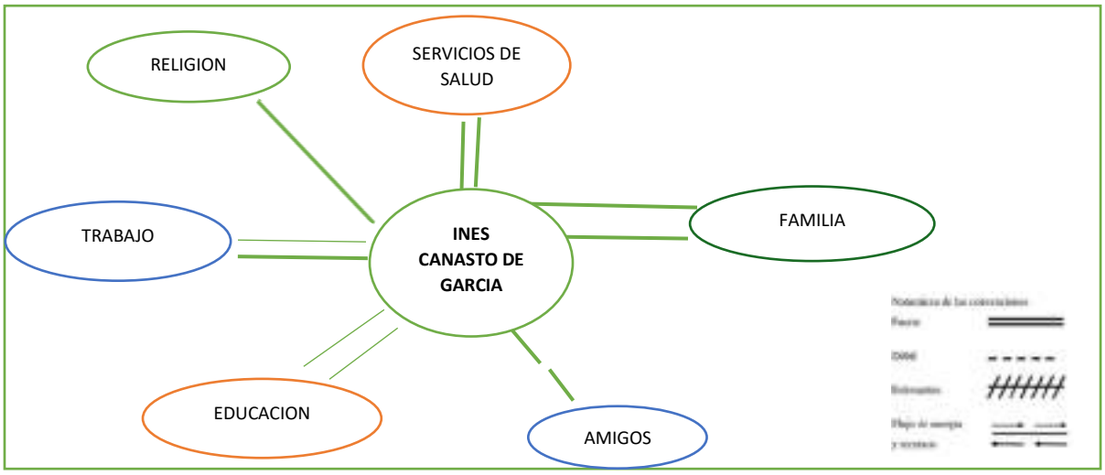
NOMBRE COMPLETO: INES CANASTO DE GARCIA
EDAD: 80 AÑOS
DOCUMENTO: CC 41399811
EPS: COMPENSAR
CELULAR: 3114959603
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA



FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: yohanagarz2089@gmail.com

16 de febrero de 2026 a las 8:08 p.m.

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ALEJANDRA GUERRERO

MOTIVO VISITA *

USUARIA CON MULTIPLES ENFEMREDADES CRONICAS CON ANSIEDAD Y FRUSTRACCION.

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

15 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

CECILIA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

GARCIA

SEGUNDO APELLIDO

CANASTO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

35473217

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

13 / 01 / 1967

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

PLAZA MADERO

Antecedentes Personales en Salud: *

ANEURISMA CEREBRAL, ANTECEDENTE DE INFARTO CARDIACO CON CATETERISMO, DIABETES MELLITUS, ANTECEDENTE DE CA DE MAMA.

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [x] Hipertenso y Diabético
- [x] Enfermedades cardíacas
- [x] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3114959603

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR LA FRONTERA FAMILIA CANASTO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

27

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

HIJAS, MAMA, NIETO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

DIFICULTADES PARA AFRONTAR ENFERMEDADES, ANSIEDAD DEBIDO A SU CONDIICON DE SALUD.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA LA VISITA A LA USUARIA CON ANTECEDENTE DE ANEURISMA CEREBRAL, DIABETES, HIPERTENSION, ANTECEDENTES DE DOS INFARTOS, INDICA QUE ESTA EN CONTROLES MEDICOS Y LE ETSAN ENTREGANDO LOS MEDICAMENTOS PARA EL MANEJO DE SU PATOLOGIA. EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, VALSARTAN, CARVEDILOL, DULOXETINA, ACETAMINOFEN Y PREGABALINA. A NIVEL EMOCIONAL EN OCASIONES SE SIENTE UN POCO ANSIOSA Y TRISTE POR SU CONDICION DE SALUD. UNA PERSONA CON ANTECEDENTE DE DOS INFARTOS CARDÍACOS Y DIABETES MELLITUS REQUIERE CONTROL MÉDICO ESTRICTO Y PERMANENTE, CON SEGUIMIENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL, EL COLESTEROL Y LA GLUCOSA, ADEMÁS DEL CUMPLIMIENTO RIGUROSO DE LOS MEDICAMENTOS INDICADOS. ES FUNDAMENTAL MANTENER UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE BAJA EN SAL, AZÚCARES Y GRASAS, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA, EVITAR EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL, CONTROLAR EL ESTRÉS Y VIGILAR SIGNOS DE ALARMA COMO DOLOR EN EL PECHO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. UN MANEJO INTEGRAL Y DISCIPLINADO AYUDA A PREVENIR NUEVAS COMPLICACIONES Y MEJORA LA CALIDAD DE VIDA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

-ASISTIR A LOS CONTROLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CADA TRES MESES
-TOMARSE LOS EXAMENES DE LABORATORIOS INDICADOS POR EL MEDICO
-REALIZAR EJERCICIO
- AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS

FAMILIARES *

SOLICITAR EL APOYO DE LA FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A CITAS MEDICAS Y EL DESARROLLO DE GESTIONES EN SALUD

INSTITUCIONALES *

SOLICITAR EL APOYO DE LA FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A CITAS MEDICAS Y EL DESARROLLO DE GESTIONES EN SALUD

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIA CON MULTIPLES COOMORBILIDADES, SE BRINDA EDUCACION SOBRE HBAITOS SLAUDABLES, SE DIRECCIONA PARA ATENCION POR PSICOLOGIA POR CADA UNA DE SUS PATOLOGIAS.

Talla

159

Peso

90

Frecuencia respiratoria

17

Frecuencia cardiaca

67

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

130/72

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

115

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

26.1 CECILIA GARCIA CANASTO CC 35473217 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crea tu propio formulario de Google

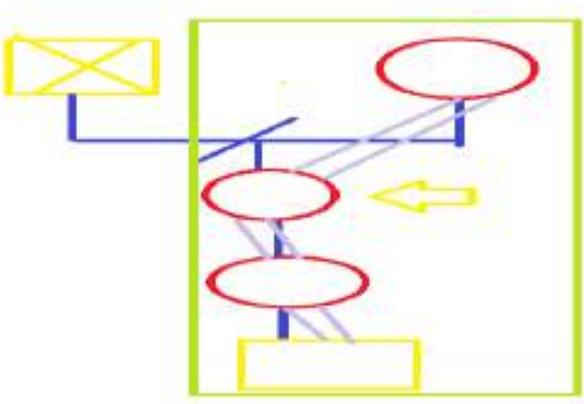
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

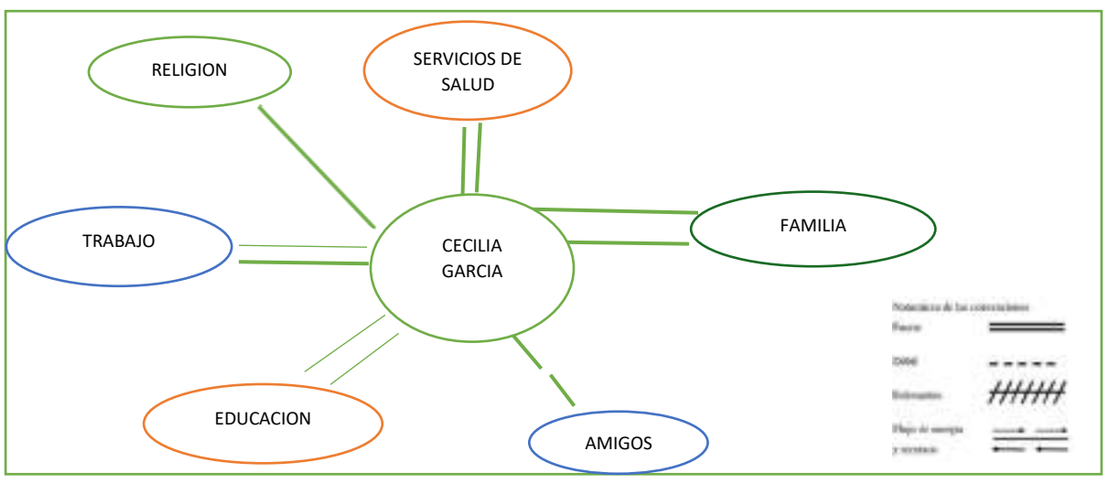
NOMBRE COMPLETO: CECILIA GARCIA CANASTO
EDAD: 59 AÑOS
DOCUMENTO: CC 35473217
EPS: NUEVA EPS
CELULAR: 3114959603
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA



FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: yohanagarz2089@gmail.com

16 de febrero de 2026 a las 8:38 p.m.

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ALEJANDRA GUERRERO

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO A PUERPERA

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

15 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

DEISY

SEGUNDO NOMBRE

VALERIA

PRIMER APELLIDO *

RUIZ

SEGUNDO APELLIDO

GARCIA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072672316

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

23 / 12 / 1998

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

POS PARTO DEL 19/12/2025 PUERPERA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [x] PUERPERA
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3123737673

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR LA FRONTERA FAMILIA CANASTO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

2 MESES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PAREJA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

PUERPERIO, SENTIMEINTOS DE INSEGURIDAD, CAMBISO DE ESTADO DE ANIMO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA SEGUIMIENTO DE LA VISITA DE PUERPERA DEL DIA 19/12/2025, FORMULA OBSTETRICA G1C1V1, RECIEN NACIDO CON UN PESO AL NACER DE 3360 GRAMOS Y UNA TALLA DE 52 CM, SE ENCUENTRA AL DIA EN ESQUEMA DE VACUNACION Y CONTROL MEDICO. A LA FECHA DEL SEGUIMEINTO NO PRESENTA NINGUN SIGNO DE ALARMA Y SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES TANTO MADRE E HIJO. LA MADRE DE ENCUENTRA PLANIFICANDO CON LA T DE COBRE.
DURANTE EL PUERPERIO, ES IMPORTANTE RECONOCER LOS SIGNOS DE ALARMA TANTO DEL RECIÉN NACIDO COMO DE LA MADRE. EN EL BEBÉ, SE DEBEN VIGILAR SÍNTOMAS COMO FIEBRE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, LLANTO EXCESIVO, RECHAZO AL ALIMENTO, COLORACIÓN AZULADA O PALIDEZ, SOMNOLENCIA EXCESIVA O CONVULSIONES. EN LA MADRE, LOS SIGNOS DE ALERTA INCLUYEN FIEBRE, SANGRADO VAGINAL ABUNDANTE, DOLOR ABDOMINAL INTENSO, DOLOR O INFLAMACIÓN EN LAS MAMAS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR TORÁCICO, CAMBIOS DE ÁNIMO SEVEROS, DEPRESIÓN O PENSAMIENTOS DE AUTOLESIÓN

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

- CONTINUAR CON LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LSO SEIS MESES Y COMPELMENTARIA HASTA LSO DOS AÑOS.
- ASISTIR A LOS CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
- CONTINUAR CON EL ESQUEMA DE VACUNACION DEL RECIEN NACIDO
- TENER CINCO TIEMPOS DE COMIDA INCLUYENDO EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS.

FAMILIARES *

CONTINUAR CON LA RED DE APOYO FAMILIAR, PARA EL FORTALECIMIENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE

INSTITUCIONALES *

ASISITIR A LOS CURSOS DE MATROGIMNASIA PARA EL MENOR, INSCRIBIRSE EN LOS PROGRAMAS DE DEPORTE DEL IRD.

Observaciones / hallazgos encontrados

PUERPERA QUIEN SE ENCUENTRA AL DIA EN SUS CONTROLES, SON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES EN EL MOMENTO DE LA VISITA.

Talla

160

Peso

63

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

87

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

110/60

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

83

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

27. 1 DEISY VALERIA RUIZ GARCIA ECO - Yohana Garzon.pdf

Crea tu propio formulario de Google

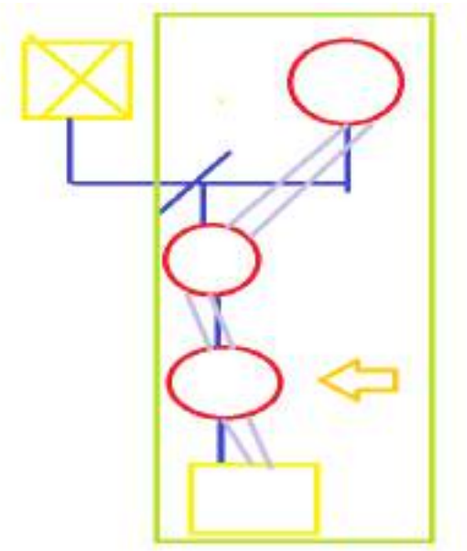
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

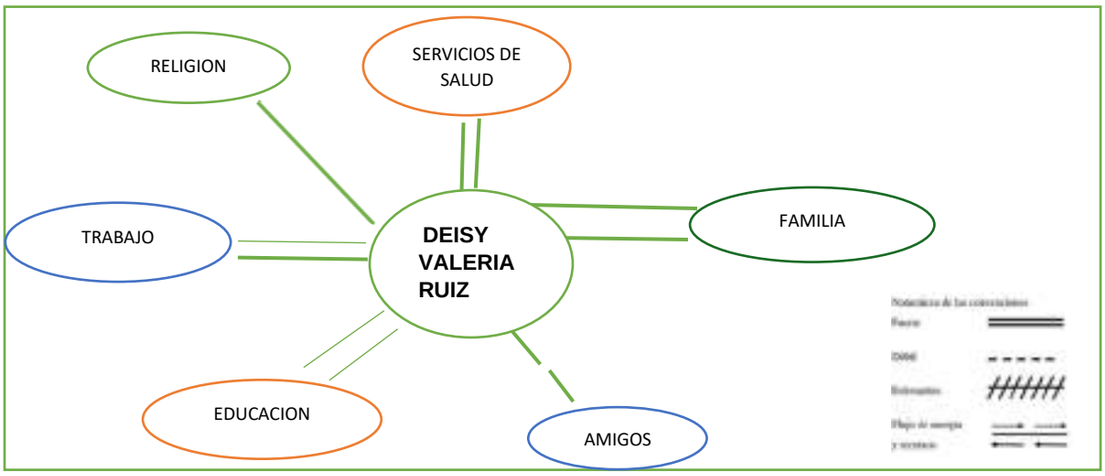
NOMBRE COMPLETO: DEISY VALERIA RUIZ GARCIA
EDAD: 27 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1072672316
EPS: SANITAS
CELULAR: 3123737673
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA



FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gmail

Yohana Garzon <yohanagarz2089@gmail.com>

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: yohanagarz2089@gmail.com

16 de febrero de 2026 a las 9:04 p.m.

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MELGAREJO

MOTIVO VISITA *

SEGUIMEINTO PUERPERIO

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

KAREN

SEGUNDO NOMBRE

JAZMIN

PRIMER APELLIDO *

CASTILLO

SEGUNDO APELLIDO

CASALLAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1021669315

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

24 / 10 / 2005

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

SEGUIMIENTO PUERPERIO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [x] PUERPERA
- [ ] Otro: _____

TELEFONO DE CONTACTO *

3142280192

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR LA FRONTERA ENTRADA TIENDA VERDE

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

5 MESES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PADRE, MADRE

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

INESTABILIDAD LABORAL, PUERPERIO SENTIMIENTOS DE INSEGURIDAD

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA SEGUIMIENTO DE LA VISITA DE PUERPERA TARDIA DEL DIA 16/09/2025, FORMULA OBSTETRICA G1P1V1, SE ENCUENTRA PLANIFICANCO CON EL JADELLE, A ASISTIDO A LOS CONTROLES CON SU HIJA, SE ENCUENTRA DANDO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, Y LA MENOR SE ENCUENTRA AL DIA EN EL ESQUEMA DE VACUNACION Y CONTROLES DE CRECIMEINTO Y DESARROLLO. LOS FACTORES DE RIESGO INCLUYEN FIEBRE ALTA PERSISTENTE, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, VÓMITOS O DIARREA SEVERA, RECHAZO AL ALIMENTO, SOMNOLENCIA EXCESIVA O IRRITABILIDAD CONSTANTE, RETRASO EN EL DESARROLLO MOTOR O DEL LENGUAJE, CONVULSIONES, COLORACIÓN AZULADA O PALIDEZ, ASÍ COMO LESIONES O MORETONES INEXPLICABLES. LA DETECCIÓN TEMPRANA DE ESTOS SIGNOS PERMITE INTERVENIR OPORTUNAMENTE, PREVENIR COMPLICACIONES Y GARANTIZAR UN DESARROLLO SALUDABLE EN LOS NIÑOS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

- CONTINUAR CON LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA SEIS MESES Y COMPLEMENTARIA HASTA LOS DOS AÑOS
- CONTINUAR CON LA SOLCITUD DE LAS CITAS DE LOS CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.
- CONTINUAR CON EL ESQUEMA DE VACUNACION PARA LA MENOR

FAMILIARES *

- CONTINUAR SOLICITANDO EL APOTO DE LA MADRE PARA EL CUIDAOD DE LA MENOR.

INSTITUCIONALES *

- ASIISTRI A LAS CLASES DE MATROGIMNASIA CON LA MENOR, INSCRIBIRSE EN LOS PROGRAMAS DEL INSTITUTO DE RECREACION Y DEPORTE PARA RELAIZAR ACTIVIDAD FISICA.

Observaciones / hallazgos encontrados

PUERPERA EN BUEN ESTADO GENERAL SE LE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA Y DE CONTINUAR CON LOS CONTROLES MEDICOS, ODONTOLOGICOS DE LA MENOR.

Talla

162

Peso

45

Frecuencia respiratoria

17

Frecuencia cardiaca

65

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

112/73

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

80

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

28.1 KAREN CASTILLO CASALLAS CC 1021669315 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crea tu propio formulario de Google

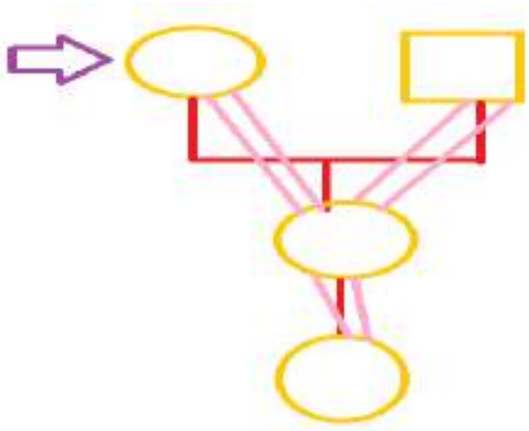
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

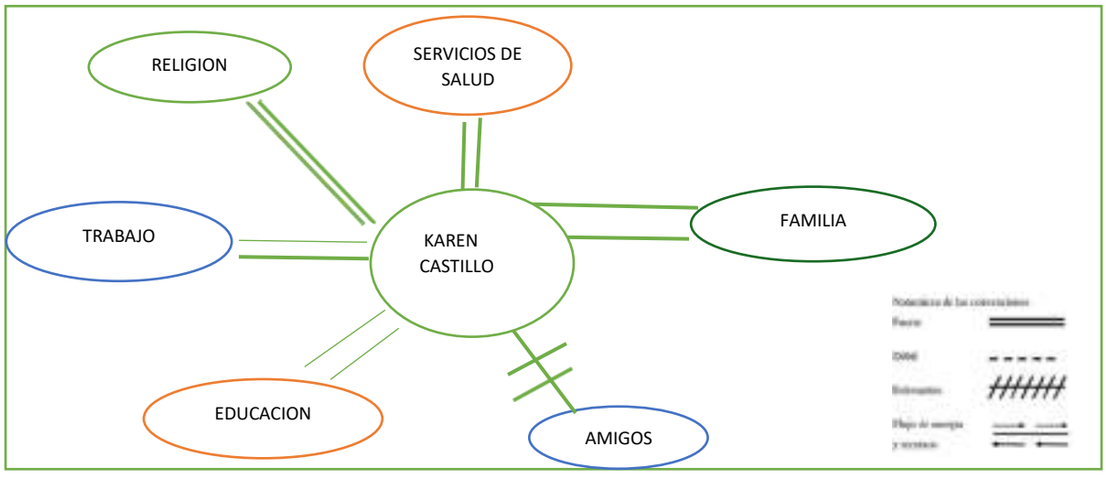


NOMBRE COMPLETO: KAREN CASTILLO CASALLAS
EDAD: 20 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1021669315
EPS: FAMISANAR
CELULAR: 3142280192
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA

FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: yohanagarz2089@gmail.com

16 de febrero de 2026 a las 9:35 p.m.

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MELGAREJO

MOTIVO VISITA *

USUARIA CON DIAGNOSTICO DE DIABETES, MALOS HABITOS ALIMENTICIOS

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ALICIA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

MARTINEZ

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20117815

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

23 / 03 / 1936

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

DIBETES MELLITUS TIPO II, HIPERTENSION ARTERIAL

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [x] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3214362647

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR LA FRONTERA ENTRADA TIENDA VERDE

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

VIUD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

60, 58, 57

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

USUARIA CON MALAS REDES DE APOYO, NO ADHERENTE AL TRATAMEINTO FARMACOLOGICO Y NO FARMACOLOGICO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA VISITA DE SEGUIMEINTO USUARIA CON DIAGNSOTICO DE DIABTES MELLITUS E HIPERTENSION ARATERIAL, NO TIENE CLARO EL ULTIMO CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR, Y LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA PARA CONTROLAR SU PATOLOGIA. NO TIENE BUENOS HABITOS DE VIDA SALUDABLE. UNA PERSONA CON ANTECEDENTE DE DOS INFARTOS CARDÍACOS Y DIABETES MELLITUS REQUIERE CONTROL MÉDICO ESTRICTO Y PERMANENTE, CON SEGUIMIENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL, EL COLESTEROL Y LA GLUCOSA, ADEMÁS DEL CUMPLIMIENTO RIGUROSO DE LOS MEDICAMENTOS INDICADOS. ES FUNDAMENTAL MANTENER UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE BAJA EN SAL, AZÚCARES Y GRASAS, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA BAJO SUPERVISIÓN MÉDICA, EVITAR EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL, CONTROLAR EL ESTRÉS Y VIGILAR SIGNOS DE ALARMA COMO DOLOR EN EL PECHO O DIFICULTAD PARA RESPIRAR. UN MANEJO INTEGRAL Y DISCIPLINADO AYUDA A PREVENIR NUEVAS COMPLICACIONES Y MEJORA LA CALIDAD DE VIDA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

-ASISTIR A LOS CONTROLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CADA TRES MESES
-TOMARSE LOS EXAMENS DE LABORATORIO INDICADOS PRO EL MEDICO
REALIZAR EJERCICIOS DE MOVILIDAD
- TENER CINCO TIEMPSO DE COMIDA AUMENTANDO EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS

FAMILIARES *

SOLICITAR EL APOYO DE LA FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A CITAS MEDICAS Y EL DESARROLLO DE GESTIONES EN SALUD

INSTITUCIONALES *

- ASISTRI AL PROGRAM DE ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO, ASISITRI A LSO CONTROLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIA ADULATA MAYOR CON ESACAS REDES DE APOYO CON MAL CONTROL DE SU PATOLOGIA.

Talla

146

Peso

53

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

89

Saturación de oxigeno

95

Tensión arterial

112/73

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

95

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

29. 1 ALICIA MARTINEZ CC 20117815 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crea tu propio formulario de Google

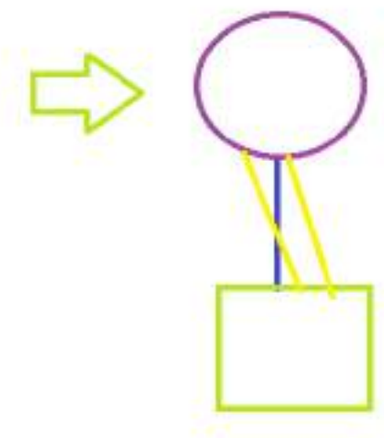
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

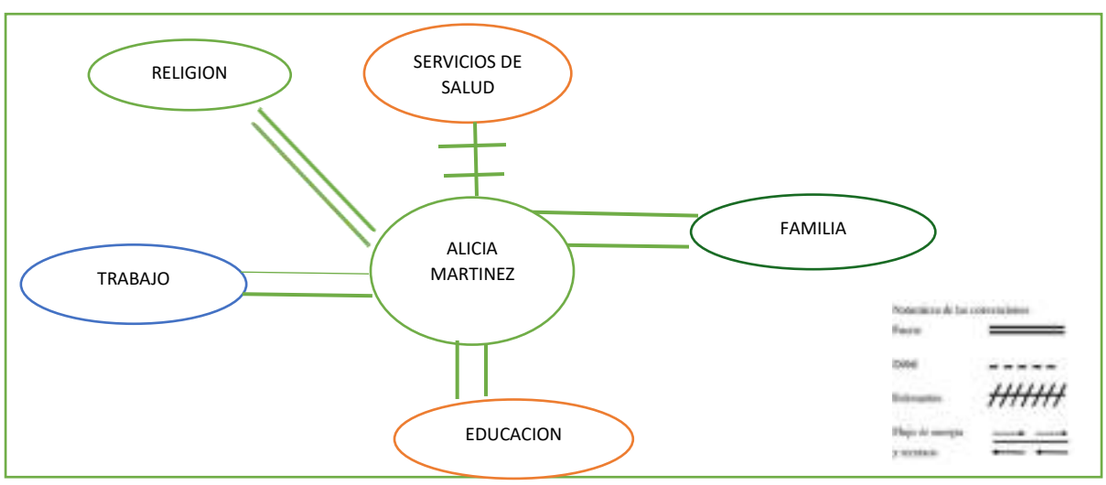
NOMBRE COMPLETO: ALICIA MARTINEZ
EDAD: 89 AÑOS
DOCUMENTO: CC 20117815
EPS: SALUD TOTAL
CELULAR: NO REFIERE
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA



FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: yohanagarz2089@gmail.com

17 de febrero de 2026 a las 1:42 p.m.

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Has recibido este correo porque has rellenado el siguiente formulario con tu dirección de correo. Asegúrate de que reconoces este formulario y confías en él antes de copiar o hacer clic en cualquier enlace. Si te parece sospechoso, **denunciarlo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MELGAREJO

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO ADULTO MAYOR CON HIPERTENSION CON MALA ADHERENICA AL TRATAMEINTO FARMACOLOGICO

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUIS

SEGUNDO NOMBRE

ENRIQUE

PRIMER APELLIDO *

RAMIREZ

SEGUNDO APELLIDO

TELLES

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

2994735

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

22 / 12 / 1957

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPEERTENSION ARTERIAL, HIPERCOLESTERONEMIA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3204143910

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR LA FRONTERA ENTRADA TIENDA VERDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

56, 46

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

INADECUADA ADHERNECIA A LOS OCNTROLE MEDICOS Y TRATAMEINTO FARAMACOLOGICO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

USUARIO CON HITERPENTENSION ARTERILA QUEIN NO SE TOMA LOS MEDICAMENTOS EN OS HOSRIOS ESTABELCIDOS, ULTIMO C0NTROL DE CRONICOS EN DICIEMBRE, NO HA ASISTIDO A ODONTOLOGIA, DE MEDICAMENTOS YOMA ENALAPRIL Y ROSUVASTATINA. EL RIESGO CARDIOVASCULAR ES LA PROBABILIDAD QUE TIENE UNA PERSONA DE PRESENTAR UNA ENFERMEDAD DEL CORAZÓN O DE LOS VASOS SANGUÍNEOS, COMO UN INFARTO O UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, EN UN PERÍODO DETERMINADO (GENERALMENTE A 10 AÑOS). ESTE RIESGO DEPENDE DE LA COMBINACIÓN DE VARIOS FACTORES, COMO LA EDAD, LA PRESIÓN ARTERIAL, EL COLESTEROL, LA DIABETES, EL TABAQUISMO, EL SOBREPESO Y EL SEDENTARISMO. EVALUARLO PERMITE IDENTIFICAR A QUIENES TIENEN MAYOR PROBABILIDAD DE SUFRIR UN EVENTO CARDIOVASCULAR Y ASÍ IMPLEMENTAR MEDIDAS PREVENTIVAS OPORTUNAS PARA REDUCIR ESA POSIBILIDAD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ASISTIR A LOS CONTROLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CADA TRES MESES
TOMARSE LOS EXAMENES DE LABORATORIO INDICADOS PRO EL MEDICO
REALIZAR EJERCICIOS DE MOVILIDAD

FAMILIARES *

- SOLICITAR EL ACOMPAÑAMIENTO DE SUS HIJOS PARA LAS GESTIONES DE SALUD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y SOLICITUD DE CITAS MEDICAS.

INSTITUCIONALES *

ASISTIR AL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR, ASISTA EL PROGRAMA DE CRONICOS

Observaciones / hallazgos encontrados

SE INDICA AL USUARIO, QUE DEBE CONTINUAR CON SU TRATAMEINTO FARMACOLOGICO Y CONTROLES MEDICOS

Talla

160

Peso

62

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

76

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

137/90

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

93

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

30.1 LUIS ENRIGUE RAMIREZ CC 2994735 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crea tu propio formulario de Google

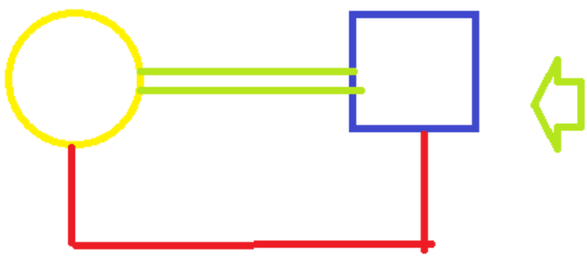
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

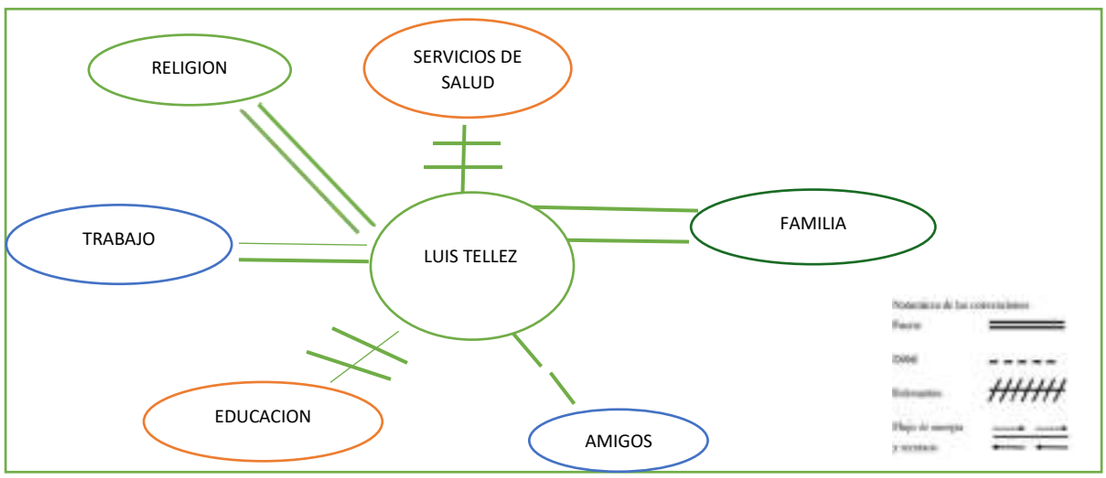


NOMBRE COMPLETO: LUIS ENRIQUE RAMIREZ TELLEZ
EDAD: 68 AÑOS
DOCUMENTO: CC 2994735
EPS: SANITAS
CELULAR: 3204143910
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA

FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gmail

Yohana Garzon <yohanagarz2089@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 17 de febrero de 2026 a las 5:21 p.m.
Para: yohanagarz2089@gmail.com

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo electrónico *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MEGAREJO

MOTIVO VISITA *

USUARIA QUIEN NO ES ADHERENTE A LOS CONTROLES SEGUN CICLO VITAL

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ANA

SEGUNDO NOMBRE

ELSIA

PRIMER APELLIDO *

ARIZA

SEGUNDO APELLIDO

ARDILA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

28308871

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

21 / 10 / 1967

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Coosalud

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

ANTECEDENTE DE HISTERECTOMIA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3132189426

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA LA FRONTERA TIENDA VERDE AL FONDO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

28

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

NIETA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

USUARIA SIN ADHERENCIA A LOS OCNTROLES SEGUN CICLO VITAL YHABITOS DE VIDA SALUDABLE. RIESGO CARDIOVASCULAR

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA LA VISITA A USUARIA QUIEN A LA FECHA DE LA VISITA DA A CONOCER COMO ANTECEDENTE QUIRURGICO HISTERECTOMIA, DA A CONCOER QUE NO HA ASISTIDO A LA CONSULAT INTEGRAL DEL ADULTO, NO SE HA TOMADO LA MAMOGRAFIA HACE MAS DE 3 AÑOS, NO HA ASISTIDO A CONSULTA DE ODONTOLOGIA Y DE OPTOMETRIA. SE REALIZALA TOMA DE TENSION ARTERIAL Y SISGNOS VITALES CON CIFRAS TENSIOANLES ELEVADAS, SE BRINDA INFORMACION ACERCA DEL RIESGO LA USUARIA DA A CONOCER QUE NO PRESENTA SIGNOS DE ALARMA. SE DA A CONOCER QUE EL RIESGO CARDIOVASCULAR ES LA PROBABILIDAD QUE TIENE UNA PERSONA DE PRESENTAR UNA ENFERMEDAD DEL CORAZÓN O DE LOS VASOS SANGUÍNEOS, COMO UN INFARTO O UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR, EN UN PERÍODO DETERMINADO (GENERALMENTE A 10 AÑOS). ESTE RIESGO DEPENDE DE LA COMBINACIÓN DE VARIOS FACTORES, COMO LA EDAD, LA PRESIÓN ARTERIAL, EL COLESTEROL, LA DIABETES, EL TABAQUISMO, EL SOBREPESO Y EL SEDENTARISMO. EVALUARLO PERMITE IDENTIFICAR A QUIENES TIENEN MAYOR PROBABILIDAD DE SUFRIR UN EVENTO CARDIOVASCULAR Y ASÍ IMPLEMENTAR MEDIDAS PREVENTIVAS OPORTUNAS PARA REDUCIR ESA POSIBILIDAD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

-ASISTIR A LOS CONTROLES DEL ADULTO
-SOLICITAR LOS EXAMENES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
-TOMARSE LA TENSION ARTERIAL EN DIFERENTES HORARIOS PARA LLEVAR EL CONTROL
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIAMENTE
-DIMINUIR EL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS.

FAMILIARES *

CONTINUAR CON LA RED DE APOYO FAMILIAR, PARA EL FORTALECIMIENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A LOS PROGRAMAS RECREATIVOS INSTITUTO DE RECREACION Y DEPORTE , SOLICITAR LAS CONSULTAS INTEGRALES DEL ADULTO EN LA EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIA SIN ADHERENCIA A CONTROLES MEDICOS, CON CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS

Talla

160

Peso

63

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

75

Saturación de oxigeno

98

Tensión arterial

140/90

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

90

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

31.1 ANA ARIZA CC28308871 ECO - Yohana Garzon.pdf

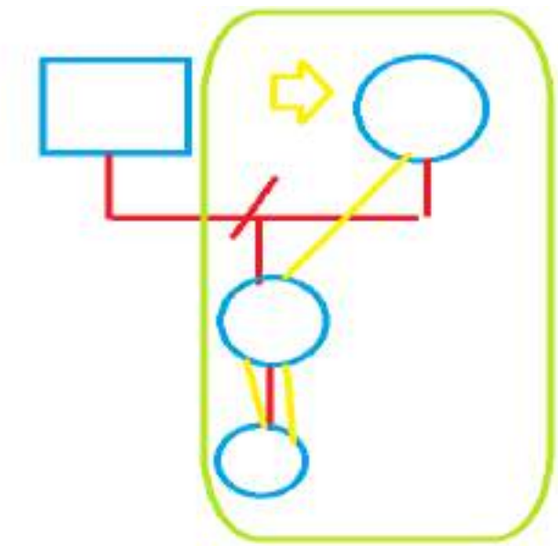
Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

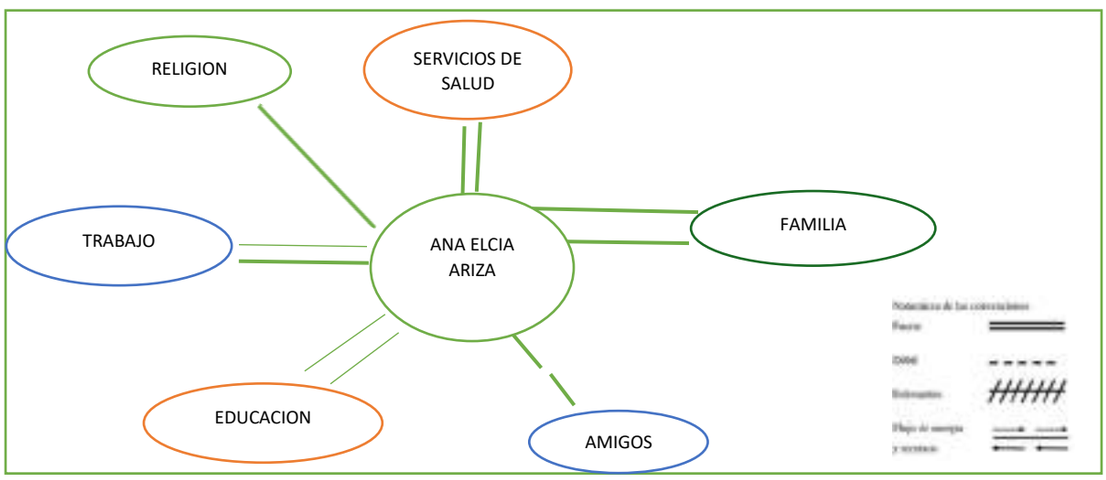
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: ANA ELCIA ARIZA
EDAD: 58 AÑOS
DOCUMENTO: CC 28308871
EPS: COOSALUD
CELULAR: 31321889426
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA

FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 17 de febrero de 2026 a las 5:58 p.m.
Para: yohanagarz2089@gmail.com

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo electrónico *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ALEJANDRA GUERRERO

MOTIVO VISITA *

USUARIA SIN ADHERENCIA A CONTROLES MEDICOS DEL ADULTO, MALOS HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MAIRA

SEGUNDO NOMBRE

ALEJANDRA

PRIMER APELLIDO *

BARRERO

SEGUNDO APELLIDO

CASTILLO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1007380149

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

20 / 08 / 1993

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REFIERE ANTECEDNETES EN SALUD

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3108645988

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA SECTOR LA FRONTERA ENTRADA FAMILAI CANASTO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

11, 12, 8

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

USUARIA POCO ADHERENTE A LOS CONTROLES SEGUN CICLO VITAL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA LA VISITA A USUARIA NIEGA ANTECEDENTES EN SALUD, DA A CONOCER QUE NO REALIZA ACTIVIDAD FISICA Y EN OCASIONES CONSUME ULTRAPROCECSADOS, SE ENCUENTRA PLANIFICANDO CON LA T DE COBRE, SE TOMO EL TAMIZAJE DE VPH CON UN RESUALTDO NORMAL ¿, NO HA ASISTIDO A VALORACION DEL ADULTO Y A CONTROL DE OPTOMETRIA. "
LOS CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS SON FUNDAMENTALES PARA MANTENER UNA BUENA SALUD, YA QUE PERMITEN DETECTAR DE MANERA TEMPRANA ENFERMEDADES QUE PUEDEN NO PRESENTAR SÍNTOMAS EN SUS ETAPAS INICIALES, COMO LA HIPERTENSIÓN, LA DIABETES O ALTERACIONES DEL COLESTEROL; ADEMÁS, FACILITAN EL SEGUIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO, LA ACTUALIZACIÓN DE ESQUEMAS DE VACUNACIÓN, LA ORIENTACIÓN SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES Y EL AJUSTE OPORTUNO DE TRATAMIENTOS, LO QUE CONTRIBUYE A PREVENIR COMPLICACIONES, MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y AUMENTAR LA ESPERANZA DE VIDA MEDIANTE UNA ATENCIÓN PREVENTIVA Y CONTINUA."

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ASISTIR A LOS CONTROLES DEL ADULTO
SOLICITAR LOS EXAMENES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
REALIZAR ACTIVDIAD FISICA DIARIAMENTE
DIMINUIR EL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS.

FAMILIARES *

REALIZAR RUTINAS DE ACTIVIDAD FISICA EN FAMILIA, MEJORAR LOS HABITOS ALIMENTICIOS

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A LOS PROGRAMAS RECREATIVOS INSTITUTO DE RECREACION Y DEPORTE ,
ASISTIR A LAS CONSULTAS DE CONTROL DEL ADULTO

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIA CON MALOS HABITSO DE VIDA SALUDABLE, PENDIENTE CONTROL DEL ADULTO

Talla

165

Peso

71

Frecuencia respiratoria

16

Frecuencia cardiaca

82

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

114/74

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

85

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

32. 1 MARIA ALEJANDRA BARRERO 1007380149 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: MAIRA ALEJANDRA BARRERO

EDAD: 32 AÑOS

DOCUMENTO: CC 1007380149

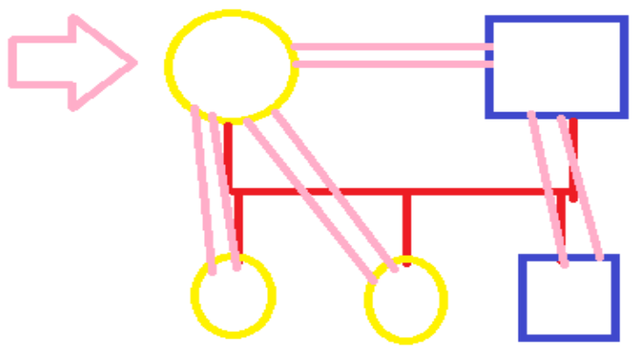
EPS: COMPENSAR

CELULAR: 3108645988

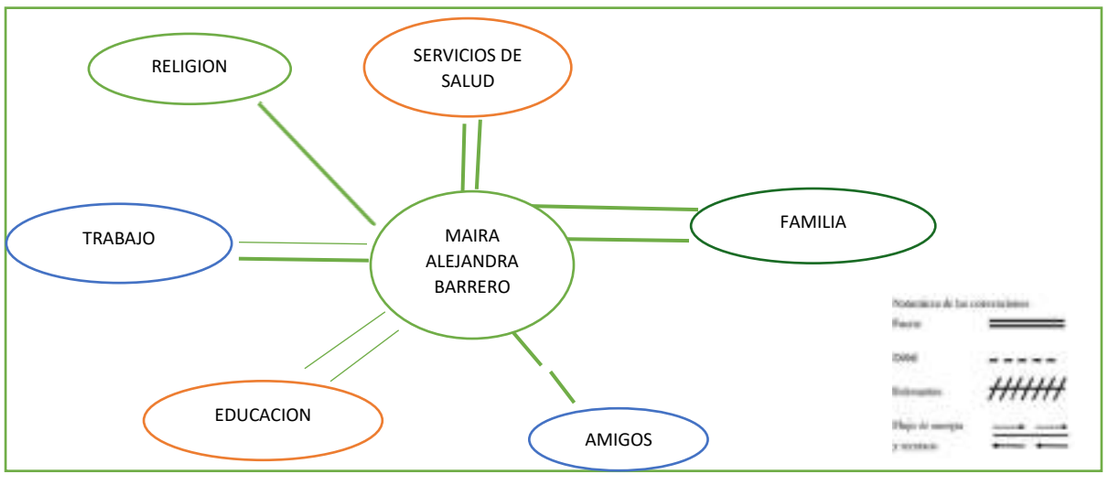
VEREDA: BOJACA

SECTOR: LA FRONTERA

FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 17 de febrero de 2026 a las 6:19 p.m.
Para: yohanagarz2089@gmail.com

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo electrónico *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ALEJANDRA GUERRERO

MOTIVO VISITA *

USUARIA CON HIPERTENSION ARATERIAL NO ADHERNETE DEBIDO A QUE SU IPS DE ATENCION ESTA EN LA GUAJIRA

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

AIDALIZ

SEGUNDO NOMBRE

ZENIT

PRIMER APELLIDO *

MENGUAL

SEGUNDO APELLIDO

GOMEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

40927060

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

17 / 11 / 1973

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

NO AFILIADO

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

EPS AFIALIADA ANAS WUAYUU ATEINDEN EN LA GUAJIRA

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION ARTERIAL

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [x] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

11111111111

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA SECTRO LA FRONTERA ENTRADA FAMILIA CANASTO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

FALTA DE MOTIVACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO
NO ADHERNETE A LOS CONTROLES MEDICOS DE CONTROL DE RIESGO CARDIOVASCULAR

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALZIA LA VISITA A LA USURIA DA A CONOCER COMO ANTECEDNTES DE HIPERTENSION ARTERIAL, DA A CONOCER QUE SU EPS ES DE LA GUAJIRA Y QUE VIAJA CADA CUATRO SEIIS MESES O CUANDO PUEDE A LOS CONTROLES, SE LE INDICA LA PORTABILIDAD, PERO DA A CONOCER QUE VA A SEGUIR CON LA ATENCION EN LA GUAJIRA, SE INDAGA SOBRE LA TOAM DE LA CITOLOGAI Y DA A CONCOER QUE SE LA REALIZO HACE UN AÑO CON UN RESUALTDO NORMAL, NO HA ASISITIDO A OCNTROL DE ODONTOLOGIA Y OPTOMETRIA. SE INDAGA SOBRE LA REALIZACION DE ACTIVDIAD FISICA Y DA A CONOCER QUE NO REALIZA. SE RECOMIENDA MANTENER UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, RICA EN FRUTAS, VERDURAS, LEGUMBRES, CEREALES INTEGRALES Y ALIMENTOS BAJOS EN GRASA. ES IMPORTANTE REDUCIR EL CONSUMO DE SAL.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ASISTIR A LOS CONTROLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CADA TRES MESES
TOMARSE LOS EXAMENES DE LABORATORIO INDICADOS PRO EL MEDICO
REALIZAR EJERCICIOS MINIMO TREINTA MINUTOS DIARIOS
TENER CINCO TIEMPOS DE COMIDA, AUMENTANDO EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS

FAMILIARES *

CONTINUAR CON LA RED DE APOYO FAMILIAR, PARA EL FORTALECIMIENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS DEL INSTITUTO DE RECREACION Y DEPORTE.

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIA CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL, QUIEN SU IPS DE ATENCION ESTA EN LA GUAJIRA.

Talla

162

Peso

74

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

86

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

125/87

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

94

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

33.1 AIDALIZ MENGUAL GOMEZ CC 40927060 ECO - Yohana Garzon.pdf

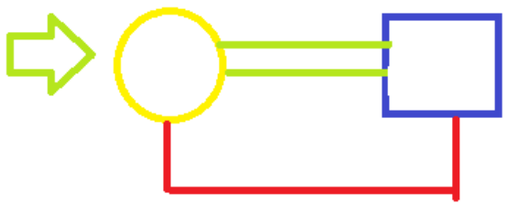
Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

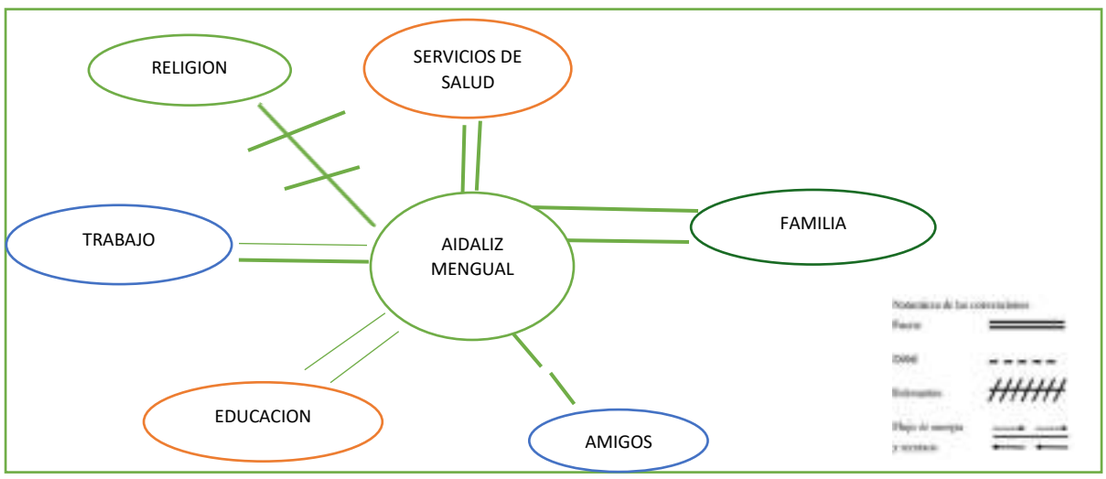
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: AIDALIZ MENGUAL GOMEZ
EDAD: 52 AÑOS
DOCUMENTO: CC 40927060
EPS: ANAS WAYUU EPSI
CELULAR:
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA

FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2
1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 17 de febrero de 2026 a las 6:39 p.m.
Para: yohanagarz2089@gmail.com

Gracias por completar el formulario
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo electrónico *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MELGAREJO

MOTIVO VISITA *

GESTANTE DE 31 SEMANAS ALTO RIESGO

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JOYSE

SEGUNDO NOMBRE

SMITH

PRIMER APELLIDO *

GUZMAN

SEGUNDO APELLIDO

MARTIN

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1003659766

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

04 / 03 / 2002

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REFIERE EMBARAZO DE 31 SEMANAS, HIPOTIROIDISMO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [x] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3161231891

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA SECTOR LA FRONTERA ENTRADA DE LA PANADERIA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

CONTROLES PRENATALES INICIO TARDIO, FALAT DE CONOCIMEINTOS SOBRE SU GESTACION.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA LA VIISTA DE VALORACION A LA GESTANTE DE 31 SEMANAS, FORMULA OBSTETRICA G1P0VOCOM0, NO DA A CONOCER LA FECHA DE LA ULTIMA MESTRUACION PORQUE LA DESCONOCE, A LA FECHA DEL SEGUIMIENTO DA A COONOCER QUE SOLO HA ASISITIDO A TRES CONTROLES PRENATALES DEBIDO A QUE NO SABIA QUE SE ENCONTRABA EN EMBARAZO, REFIERE QUE SUS EXAMENES DE LABORATORIO HAN SALIDO DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, DA A CONOCER QUE EN EL MOMENTO DE LA VISITA NO LOS TIENE, DA A COCNOER QUE HA ASISTIDO A LA VALORACION DE PSICOLOGIA, TRABAJO SOCIAL, NUTRICION Y ODONTOLOGIA. SE ENUCENTRA TOMANDO LEVOTIROXINA Y ACIDO FOLICO. LOS SIGNOS DE ALARMA DURANTE LA GESTACIÓN SON MANIFESTACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA, YA QUE PUEDEN INDICAR COMPLICACIONES PARA LA MADRE O EL BEBÉ. ENTRE ELLOS SE ENCUENTRAN EL SANGRADO VAGINAL, DOLOR ABDOMINAL INTENSO O PERSISTENTE, DISMINUCIÓN O AUSENCIA DE MOVIMIENTOS FETALES, SALIDA DE LÍQUIDO POR LA VAGINA ANTES DEL TIEMPO ESPERADO, FIEBRE MAYOR DE 38 °C, DOLOR DE CABEZA FUERTE ACOMPAÑADO DE VISIÓN BORROSA O LUCES BRILLANTES, HINCHAZÓN REPENTINA DE CARA, MANOS O PIES, CONVULSIONES, VÓMITO PERSISTENTE QUE IMPIDE LA ALIMENTACIÓN Y DIFICULTAD PARA RESPIRAR

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

- ASISTIR A LOS CONTROLES PRENATALES
- TENER CINCO TIEMPOS DE COMIDA
- AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS
- IDENTIFICAR LOS SIGNOS DE ALARMA

FAMILIARES *

SOLICITAR EL APOYO DE LA FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A CITAS MEDICAS Y EL DESARROLLO DE GESTIONES EN SALUD

INSTITUCIONALES *

ASISTRI AL CURSO DE PREPARACION PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD

Observaciones / hallazgos encontrados

GESTANTE DE 31 SEMANAS CON INICIO DE CONTROLES TARDIOS.

Talla

160

Peso

59, 5

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

84

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

115/60

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

NA

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

34.1 JOYSE SMITH GUZMAN CC 1003659766 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

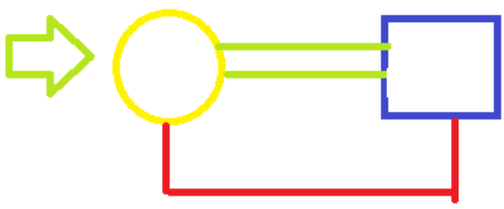
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

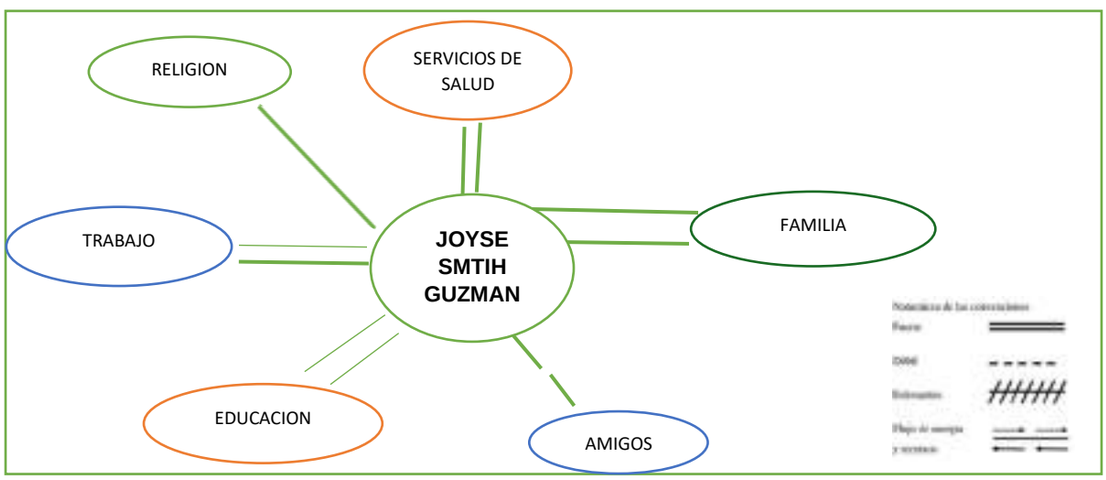
NOMBRE COMPLETO: JOYSE SMTIH GUZMAN MARTIN
EDAD: 23 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1003659766
EPS: COMEPNSAR
CELULAR: 3161231891
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA



FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 17 de febrero de 2026 a las 7:04 p.m.
Para: yohanagarz2089@gmail.com

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo electrónico *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MELGAREJO

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO PACIENTE CON HIPERTENSION SIN ASISTENCIA A CONTROLES MEDICOS Y TOAM DE MEDICAMENTOS

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

18 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

DE JESUS

PRIMER APELLIDO *

RAMIREZ

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

41462649

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

25 / 01 / 1933

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION ARTERIAL, EPOC

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [x] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3229132748

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA SECTOR LA FRONTERA ENTRADA DE LA PANADERIA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

VIUD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

57, 60, 67, 49, 52

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

HIJO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

USUARIA CON POCO AUTOCUIDADO DE SU PATOLOGIA, ESCASAS REDES DE APOYO FAMILIARES.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALZIA LA VISISTA A ADULTA MAYOR A LA FECHA DEL SEGUIMIENTO USUARIA QUEIN DA A CONOCER QUE SUFRE DE HIPERTENSION ARTERIAL Y EPOC OXIGENOREGUIRIENTE. DA A CONCOER QUE HACE MAS DE CINCO AÑOS NO VA A CONTROL MEDICO DEBIDO A QUE SUS HIJOS NO LA LLEVAN A LOS CONTROLES, INDICA QUE COMPRA LE MEDICAMENTO LOSARTAN Y SE LO TOMA EN LAS MAÑANA Y EL OXIGENO SE LO COLOCA CADA VEZ QUE SE SIENTE AHOGADA. EN LA VISITA SE ENCUENTAR UNA NIETA, PERO DA A CONOCER QUE ESTA DE VISITA QUE UN TIO ES EL ENCARGADO DE CUIDAO DE SU ABUELA. LOS SIGNOS DE ALARMA DE UN EVENTO CEREBROVASCULAR (ECV) APARECEN DE FORMA SÚBITA Y REQUIEREN ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA. ENTRE ELLOS SE INCLUYEN DEBILIDAD O ADORMECIMIENTO REPENTINO DE LA CARA, BRAZO O PIERNA, ESPECIALMENTE EN UN SOLO LADO DEL CUERPO; DIFICULTAD PARA HABLAR O ENTENDER LO QUE OTROS DICEN; PÉRDIDA DE LA VISIÓN EN UNO O AMBOS OJOS; MAREO, PÉRDIDA DEL EQUILIBRIO O DIFICULTAD PARA CAMINAR; DOLOR DE CABEZA INTENSO Y REPENTINO SIN CAUSA APARENTE; Y DESVIACIÓN DE LA BOCA O ASIMETRÍA FACIAL. ANTE CUALQUIERA DE ESTOS SÍNTOMAS SE DEBE ACUDIR DE INMEDIATO A UN SERVICIO DE URGENCIAS, YA QUE LA ATENCIÓN RÁPIDA PUEDE DISMINUIR LAS SECUELAS Y SALVAR LA VIDA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

- ASISTIR A LOS CONTROLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CADA TRES MESES
- TOMARSE LOS EXAMENES DE LABORATORIO INDICADOS POR EL MEDICO
- REALIZAR EJERCICIOS DE MOVILIDAD
- TOMARSE LOS MEDICAMENTOS EN LOS HORARIOS ESTABLECIDOS

FAMILIARES *

SOLICITAR EL APOYO DE LA FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A CITAS MEDICAS Y EL DESARROLLO DE GESTIONES EN SALUD

INSTITUCIONALES *

ASISTIR AL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR, ASISTIR A LOS CONTROLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PARA LA EPS.

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIA CON DIAGNSOTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL, SIN ADHERENCIA A LOS CONTROLES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

Talla

146

Peso

64

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

73

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

140/95

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

93

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

35.1 MARIA JESUS RAMIREZ CC 41462649 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

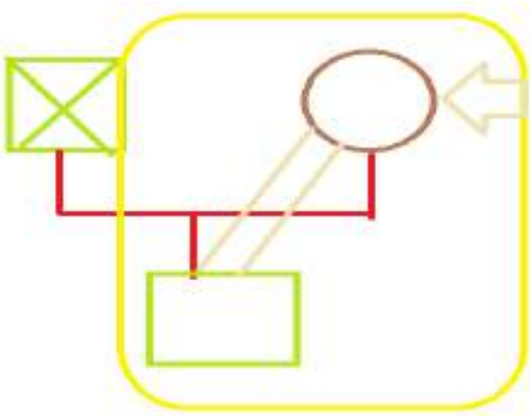
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

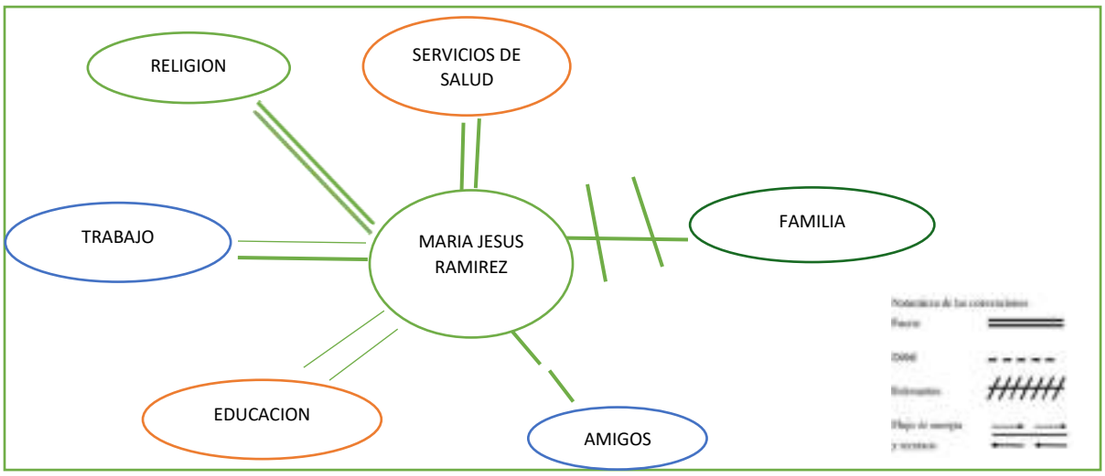
NOMBRE COMPLETO: MARIA JESUS RAMIREZ
EDAD: 94 AÑOS
DOCUMENTO: CC 41462649
EPS: SANITAS
CELULAR: 3229132748
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA



FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2
1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 17 de febrero de 2026 a las 9:00 p.m.
Para: yohanagarz2089@gmail.com

Gracias por completar el formulario
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo electrónico *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ALEJANDRA GUERRERO

MOTIVO VISITA *

USUARIO CON HIPERTENSION ARATERILA CON MALOS HABITOS ALIMENTICIOS

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

18 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JOSE

SEGUNDO NOMBRE

GUILLERMO

PRIMER APELLIDO *

DOBLADO

SEGUNDO APELLIDO

ALVARADO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

11344786

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

18 / 03 / 1967

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION ARTERIAL

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3157247871

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA LA FRONTERA ENTRADA DE LA PANADERIA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

30, 33, 28

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

USUARIO CON POCO ADHERENCIA A LOS MEDICAMENTOS, MALOS HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA VISITA A USUARIO CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL, SE INDAGA SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ESTA TOMANDO LOSARTAN DE 50 MG Y AMLODIPINO DE 10 MG, INDICA QUE EN OCASIONES SE LE OLVIDA TOMAR EL MEDICAMENTO SEGUN LA INDICACION MEDICA. NO HA SOLICITADADO CONSULTA DE ODONTOLOGIA Y DE OPTOMETRIA Y SANGRE OCUALTA EN HECES, INDICA QUE SE VA AL TRABAJO EN BICICLETA, Y EN ALGUNAS OCASIONES CONSUME PRODUCTOS ULTRAPROCCESADOS. LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN PERSONAS HIPERTENSAS ES FUNDAMENTAL PARA CONTROLAR LA PRESIÓN ARTERIAL Y REDUCIR EL RIESGO DE COMPLICACIONES COMO INFARTO O ACCIDENTE CEREBROVASCULAR. SE RECOMIENDA UNA DIETA BAJA EN SAL (NO MÁS DE 5 GRAMOS AL DÍA), EVITANDO ALIMENTOS PROCESADOS, ENLATADOS Y EMBUTIDOS, Y PREFIRIENDO PREPARACIONES CASERAS SIN AÑADIR SAL EXTRA. ES IMPORTANTE AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS, LEGUMBRES, CEREALES INTEGRALES Y ALIMENTOS RICOS EN POTASIO COMO BANANO, ESPINACA Y AGUACATE. TAMBIÉN SE ACONSEJA ELEGIR CARNES MAGRAS, PESCADO, POLLO SIN PIEL Y LÁCTEOS BAJOS EN GRASA, REDUCIR EL CONSUMO DE GRASAS SATURADAS Y FRITOS, LIMITAR EL AZÚCAR Y EVITAR EL ALCOHOL O CONSUMIRLO CON MODERACIÓN. MANTENER UNA ADECUADA HIDRATACIÓN Y ACOMPAÑAR LA ALIMENTACIÓN CON ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR FAVORECE UN MEJOR CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

-TOMAR LOS MEDICAMENTOS EN LOS HORARIOS ESTABLECIDOS
-RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS EN LA EPS
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIAMENTE
-MODIFICAR LOS HABITOS ALIMENTICIOS

FAMILIARES *

SOLICITAR EL APOYO DE LA FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A CITAS MEDICAS Y EL DESARROLLO DE GESTIONES EN SALUD

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS DEL INSTITUTO DE RECREACION Y DEPORTE.

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIO CON HIPERTENSION ARTERIAL CON MALA ADHERENCIA AL TRATAMEINTO FARMACOLOGICO.

Talla

165

Peso

78

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

73

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

149/84

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

99

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

36.1 JOSE QUILLERMO DOBLADO CC 11344786 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

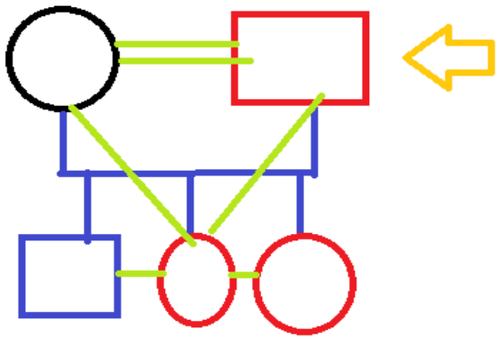
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

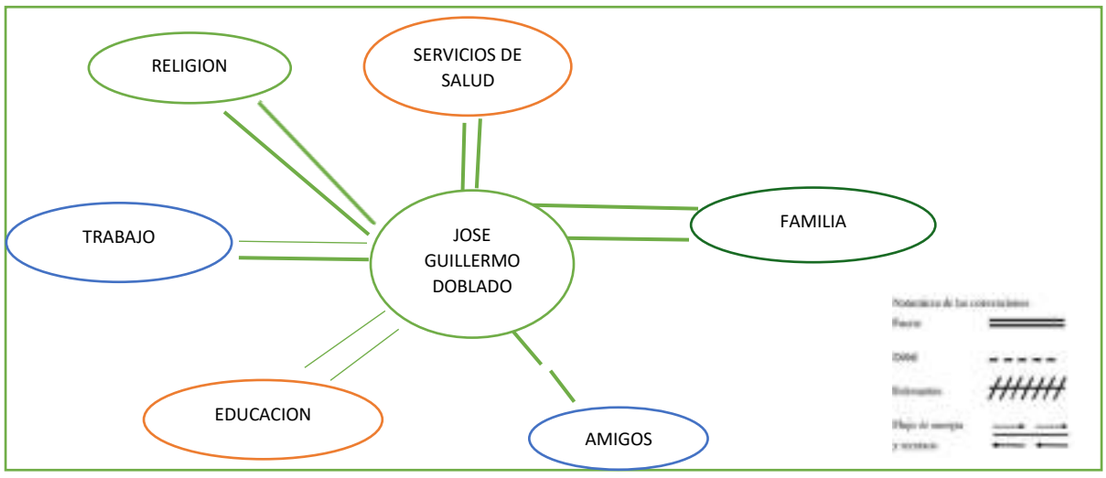
NOMBRE COMPLETO: JOSE GUILLERMO DOBLADO ALVARADO
EDAD: 58 AÑOS
DOCUMENTO: CC 11344786
EPS: SANITAS
CELULAR: 3157247871
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA



FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2
1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 17 de febrero de 2026 a las 9:25 p.m.
Para: yohanagarz2089@gmail.com

Gracias por completar el formulario
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo electrónico *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ALEJANDRA GUERRERO

MOTIVO VISITA *

USUARIA CON SOBREPESO, AMLOS HABITOS DE VIDA SALUDABLE, SIN CONTROLES SEGUN CICLO VITAL Y TAMIZAJES

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

18 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

OLIVIA

PRIMER APELLIDO *

DOBLADO

SEGUNDO APELLIDO

ALVARADO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

35475869

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

04 / 07 / 1987

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

SOBREPESO, INADECUADOS HABITOS ALIMENTICIOS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3024989338

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA SECTOR LA FRONTERA ENTRADA DE LA PANADERIA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

30, 33, 28

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

SEDENTARISMO
INADECUADOS HABITOS DE ALIMENTACION

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA VISITA A USUARIA CON DIAGNOSTICO DE SOBREPESO, MALOS HABITOS SALUDABLES, LA USUARIA INDICA QUE SE REALIZO LA CITOLOGIA Y MAMOGRAFIA HACE 15 DIAS QUE LE ENTREGARON EL REPORTE NORMAL, NO SE HA REALIZADO EL EXAMEN DE SANGRE OCULTA EN HECES Y NO HA SOLICITADO LA VALORACION DEL ADULTO POR CICLO VITAL. EN REALCION A LOS HABITOS DE VIDA SALUDABLE NO REALIZA ACTIVIDAD FISICA Y CONSUMO DEMASIADOS CARHOHIDRATOS Y REALIZA PREPARACIONES FRITAS. LOS HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE SON CONDUCTAS COTIDIANAS QUE FAVORECEN EL BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL, Y AYUDAN A PREVENIR ENFERMEDADES CRÓNICAS. ENTRE ELLOS SE ENCUENTRAN MANTENER UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA RICA EN FRUTAS, VERDURAS Y ALIMENTOS NATURALES, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA DE FORMA REGULAR, DORMIR ENTRE 7 Y 8 HORAS DIARIAS, MANTENER UNA ADECUADA HIDRATACIÓN, EVITAR EL CONSUMO DE TABACO Y LIMITAR EL ALCOHOL, ASÍ COMO MANEJAR EL ESTRÉS MEDIANTE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN O ACTIVIDADES RECREATIVAS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

-ASISTIR A LOS CONTROLES DEL ADULTO
-SOLICITAR LOS EXAMENES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
- REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIAMENTE
-DIMINUIR EL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS.

FAMILIARES *

CONTINUAR CON LA RED DE APOYO FAMILIAR, PARA EL FORTALECIMIENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A LOS PROGRAMAS RECREATIVOS INSTITUTO DE RECREACION Y DEPORTE

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIA CON MALOS HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CON LATO RIEGSO CARDIOVASCULAR

Talla

150

Peso

55

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

87

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

123/87

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

105

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

37.1 MARIA OLIVA DOBLADO CC 35475869 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: MARIA OLIVA DOBLADO ALVARADO

EDAD: 54 AÑOS

DOCUMENTO: CC 35475869

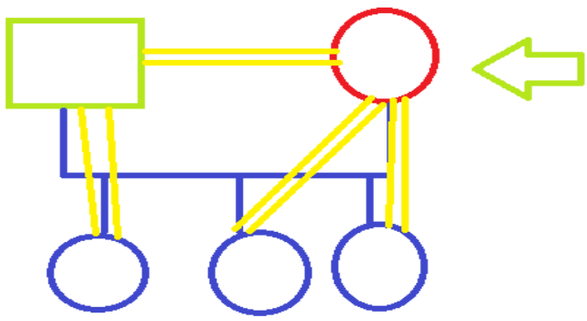
EPS: FAMISANAR

CELULAR: 3024989338

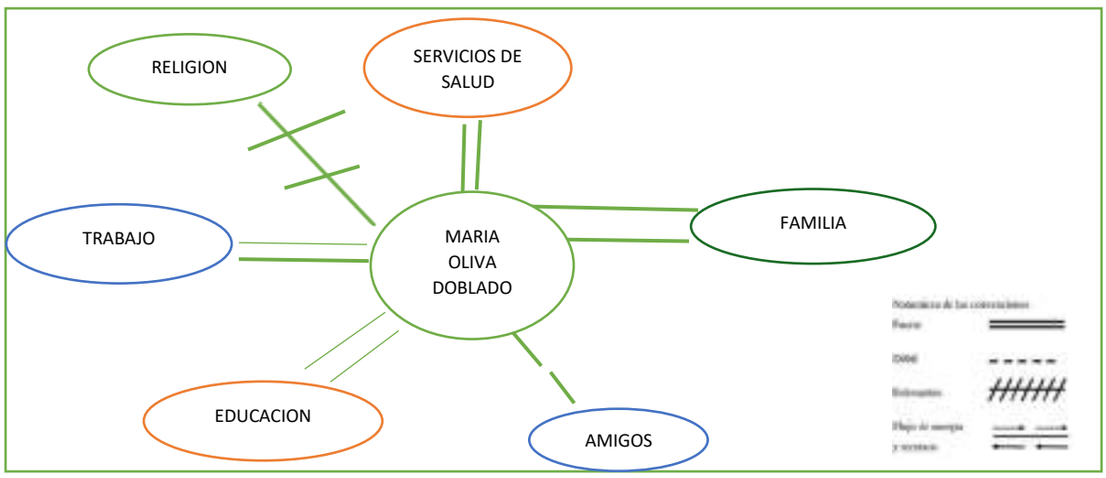
VEREDA: BOJACA

SECTOR: LA FRONTERA

FAMILIGOGRAMA



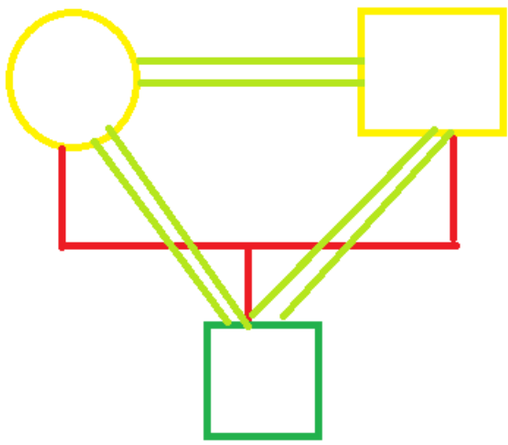
ECOMAPA



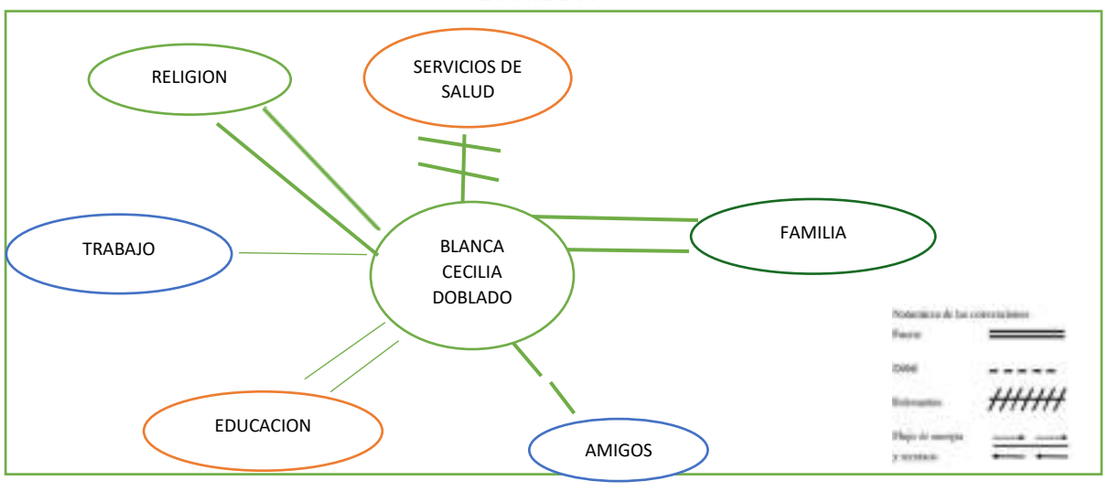
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: BLANCA CECILIA DOBLADO
EDAD: 30 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1072708396
EPS: NUEVA EPS
CELULAR: 3236721632
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA

FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gmail

Yohana Garzon <yohanagarz2089@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 17 de febrero de 2026 a las 10:26 p.m.
Para: yohanagarz2089@gmail.com

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo electrónico *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ALEJANDRA GUERRERO

MOTIVO VISITA *

GESTANTE DE 22 SEMANAS DE GESTACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

18 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

BLANCA

SEGUNDO NOMBRE

CECILIA

PRIMER APELLIDO *

DOBLADO

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072708396

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

27 / 09 / 1995

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

CENTRO COMERCIAL MADERO

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REFIERE, EMBARAZO DE 22 SEMANAS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [x] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3236721632

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR LA FRONTERA ENTRADA SECTOR DEL RECICLAJE

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSO, HIJO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

USUARIA NO ADHERNETE A LOS CONTROLES PRENATALES, CONFLICTOS FAMLIARES CON EL PADRE DE SU HIJO.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA VISITA A LA GESTANTE DE 22 SEMANAS DE GESTACION, SE INDAGA SOBRE LA FECHA DE LA ULTIMA FECHA DE LA MESTRUACION Y DA A CONOCER QUE FUE EL 16/09/2025, FORMULA OBSTETRICA G2P1V1A0, INICIO CONTROLES PRENATALES A LAS 8 SEMNAS DE GESTACION, DEBIDO A QUE NO SE HABIA DADO CUENTA DEL EMBARAZO PORQUE SE ENCONTRABA PLANIFICANDO CON EL JADELLE. HA ASISTISO A TRES CONTROLES PRENATALES, ASITIO A CITA DE NUTRCION, ODONTOLGIA Y PSICOLOGIA. TIENE PENDIENTE LA CITA PARA UNA ECOGRAFIA CON DETALLE ANATOMICO QUE SE REALZIA ENTRE LA SEMANA 18- 24 QUE LA NUEVA EPS NO LE HA ASIGNADO LA CITA. SE REMITE A PSICOLOGIA DEL GRUPO PIC DEBIDO A LABILIDAD EMOCIONAL POR LA SITUAICON CON SU PAREJA. LA USUARIA MANIFIESTA QUE SU EMBARAZO ES GEMELAR AUQNUE EN LAS ECOGRAFIAS NO SE DESCRIBEN QUE SEAN DOS FETOS. SE BRINDA EDUCACION SOBRE SIGNOS DE ALARMA COMO SANGRADO VAGINAL, DOLOR ABDOMINAL FUERTE O PERSISTENTE, SALIDA DE LÍQUIDO CLARO POR LA VAGINA ANTES DEL TÉRMINO DEL EMBARAZO, FIEBRE MAYOR DE 38 °C, DOLOR DE CABEZA INTENSO ACOMPAÑADO DE VISIÓN BORROSA O LUCES BRILLANTES, HINCHAZÓN REPENTINA DE CARA, MANOS O PIES, DISMINUCIÓN O AUSENCIA DE MOVIMIENTOS DEL BEBÉ, CONVULSIONES, DIFICULTAD PARA RESPIRAR Y VÓMITO PERSISTENTE QUE IMPIDA LA ALIMENTACIÓN. ANTE CUALQUIERA DE ESTOS SÍNTOMAS, LA GESTANTE DEBE ACUDIR DE INMEDIATO A UN SERVICIO DE URGENCIAS PARA VALORACIÓN PROFESIONAL.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

- ASISTIR A LOS OCNTROLES PRENATALES
- AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS

FAMILIARES *

SOLICITAR EL APOYO DE LA FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A CITAS MEDICAS Y EL DESARROLLO DE GESTIONES EN SALUD

INSTITUCIONALES *

ASISTRI AL CURSO DE PREPARACION DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

152

Peso

70

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

83

Saturación de oxigeno

97

Tensión arterial

128/83

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

NA

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

38. 1 BLANCA CECILIA DOBLADO CC 1072708396 - Yohana Garzon.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 18 de febrero de 2026 a las 10:09 a.m.
Para: yohanagarz2089@gmail.com

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo electrónico *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ALEJANDRA GUERRERO

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO USUARIA CON HIPOTIROIDISMO CON OBESIDAD

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

19 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LIZETH

SEGUNDO NOMBRE

VIVIANA

PRIMER APELLIDO *

COCA

SEGUNDO APELLIDO

SARMIENTO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

10726679335

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

27 / 01 / 1993

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

OBESIDAD, HIPOTIRODISMO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3003282926

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR BOJACA LA FRONTERA VIA PRINCIPAL

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

10

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ESTRES Y ANSIEDAD DEBIDO A LA SITUACION DE SALUD DE SU HIJO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA VISITA A USUARIA CON DIAGNSOTICO DE OBESIDAD E HIPOTIROIDISMO, DA A CONOCER QUE CADA TRES MESES ASISTE A SU CONTROL, SE HA TOMADO LA CITOLOGIA CERVICOUTERINA, NO SE REALIZA EL AUTOEXAMEN DE SENO Y NO HA SOLCITADO VALORACION PARA EL ADULTO MAYOR. SE INDAGA SOBRE HABITSO DE VIDA SALUDABLE Y DA A CONCOER QUE TEIEN TRES TIEMPOS DE CMIDA CASI NO CONSUME FRUTAS Y VERDURAS, NO REALZIA ACTIVIDA FISICA. EN OCASIOENS SE SIENTE AGUSTIADA Y ESTRESADA PRO LA SITUACION DE HIPERACTIVIDAD DE SU HIJO. PARA UNA PERSONA CON HIPOTIROIDISMO, ES FUNDAMENTAL MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE QUE INCLUYA UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA RICA EN YODO COMO PESCADO, MARISCOS Y SAL YODADA, SELENIO (Y ZINC, PRIORIZANDO VERDURAS, FRUTAS, PROTEÍNAS MAGRAS Y GRANOS INTEGRALES, MIENTRAS SE LIMITA EL CONSUMO EXCESIVO DE ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS, AZÚCARES Y SOJA EN GRANDES CANTIDADES; ES IMPORTANTE TOMAR LA MEDICACIÓN INDICADA POR EL MÉDICO (COMO LA LEVOTIROXINA) EN AYUNAS Y ESPERAR AL MENOS 30–60 MINUTOS ANTES DE COMER, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MODERADA DE FORMA REGULAR (CAMINAR, NADAR O EJERCICIOS DE FUERZA LIGERA) PARA ESTIMULAR EL METABOLISMO, DORMIR ENTRE 7 Y 9 HORAS DIARIAS, MANEJAR EL ESTRÉS MEDIANTE TÉCNICAS COMO RESPIRACIÓN PROFUNDA O MEDITACIÓN, MANTENERSE BIEN HIDRATADO Y ASISTIR A CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS PARA AJUSTAR EL TRATAMIENTO SEGÚN SEA NECESARIO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

-TOMAR LOS MEDICAMENTOS EN LOS HORARIOS ESTABLECIDOS
-RECLAMAR LOS MEDICAMENTOS EN LA EPS
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DIARIAMENTE
- REALIZAR ACTIVIDAD FISICA

FAMILIARES *

SOLICITAR EL APOYO DE LA FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A CITAS MEDICAS Y EL DESARROLLO DE GESTIONES EN SALUD.

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS DEL INSTITUTO DE RECREACION Y DEPORTE.

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIA CON HIPOTIROIDISMO Y OBESIDAD CON MALOS HABITOS SALUDABLES, SE BRINDA EDUCACION SOBRE HABITOS.

Talla

170

Peso

96

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

96

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

115/86

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

93

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

39.1 LIZETH VIVIANA COCA CC 1072667935 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

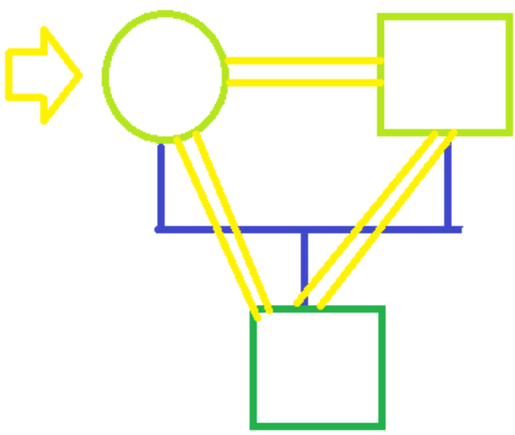
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

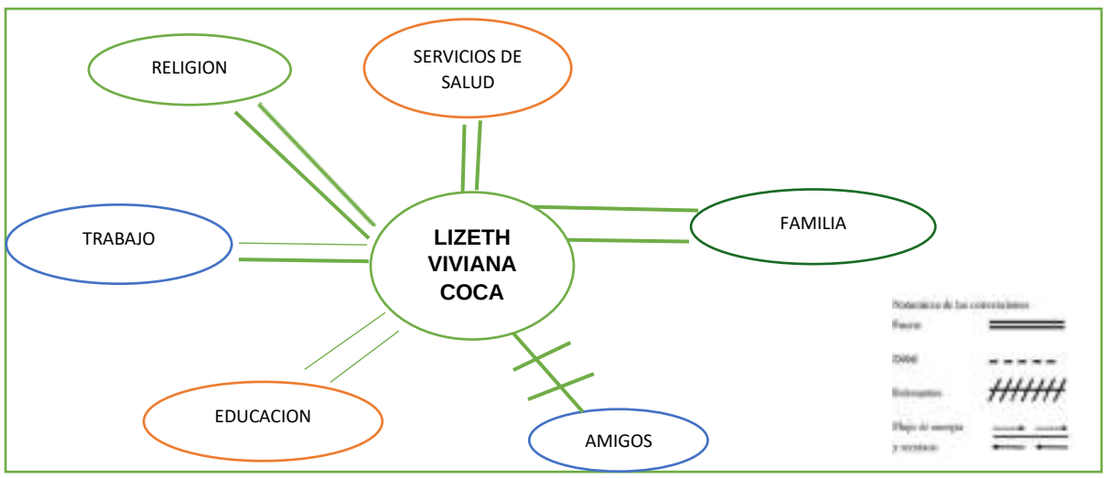
NOMBR 33E COMPLETO: LIZETH VIVIANA COCA SARMIENTO
EDAD: AÑOS
DOCUMENTO: CC 1072667935
EPS: SANITAS
CELULAR: 3003282926
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA



FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gmail

Yohana Garzon <yohanagarz2089@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 18 de febrero de 2026 a las 10:35 a.m.
Para: yohanagarz2089@gmail.com

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2



Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo electrónico *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ALEJANDRA GUERRERO

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO A MENOR DE MENOR CON TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

19 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JADE

SEGUNDO NOMBRE

ENMANUEL

PRIMER APELLIDO *

RINCON

SEGUNDO APELLIDO

COCA

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072775006

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

21 / 08 / 2015

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LIZETH

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

VIVIANA

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

COCA

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

SARMIENTO

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE

3003282926

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCION E HIPERACTIVIDAD

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma

- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [x] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM

- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3003282926

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJAC ALA FRONTERA VIA PRINICPAL

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

DICICULATDES EN LA CONIVENCIA EN SU FAMIALAI Y ESOCLASR PRO SU CONDICION DE SALUD DE (TDAH)

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA VISITA A MENOR CON (TDAH), SE INDAGA SOBRE CONTROLES MEDICOS Y DA A CONOCER LA MADRE QUE SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO INTEGRAL POR PSIQUITRIA, FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL. DA A CONOCER QUE ESTA AL DIA EN SUS CONTROLES ODONTOLOGICOS Y DE OPTOMATRIA TIENE PENDIENTE LA VACUNA DE VPH.
SE BRINDA EDUCACION PARA EL MENOR EN DONDE LAS RUTINAS DEBEN SER CLARAS, INSTRUCCIONES CORTAS Y ESPECÍFICAS, REFUERZOS POSITIVOS FRECUENTES, APOYO INDIVIDUALIZADO Y UN AMBIENTE ESTRUCTURADO QUE

REDUZCA DISTRACCIONES; ES IMPORTANTE DIVIDIR LAS TAREAS EN PASOS PEQUEÑOS, PERMITIR PAUSAS ACTIVAS, FOMENTAR EL USO DE AGENDAS O APOYOS VISUALES, MANTENER COMUNICACIÓN CONSTANTE ENTRE FAMILIA Y ESCUELA, Y PROMOVER EL DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES Y EMOCIONALES PARA FORTALECER LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCONTROL, SIEMPRE CON ACOMPAÑAMIENTO PROFESIONAL CUANDO SEA NECESARIO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

- ASISTIR A LOS CONTROLES DE PSIQUITRIA
- REALIZAR LAS TERAPIAS DE FONOAUDIOLOGIA
- ESTABLECER NORMAS Y LIMITES
-

FAMILIARES *

CONTINUAR CON LA RED DE APOYO FAMILIAR, PARA EL FORTALECIMIENTO DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS DEL INSTITUTO DE RECREACION Y DEPORTE.

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIO CON (TDAH), QUIEN SE ENCUENTRA EN CONTROLES MEDICOS PARA EL MANEJO DE SU PATOLOGIA. SE DAN REOCEMNDACIONES DE HABITOS DE VIDA SALUDABLE Y DE MANJEO DE SU PATOLOGIA.

Talla

140

Peso

36

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

98

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

96/70

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

NA

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

40.1 JADE ENMANUEL RINCON COCA RC 1072775006 ECO - Yohana Garzon.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

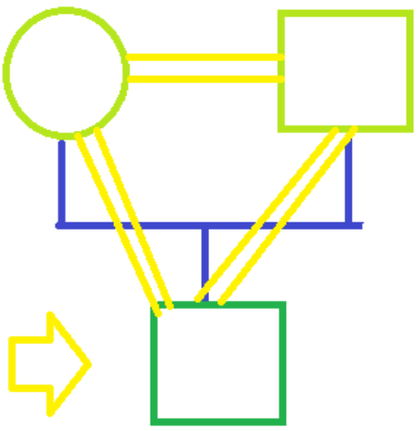
¿El formulario parece sospechoso? Informe

DATOS BASICOS

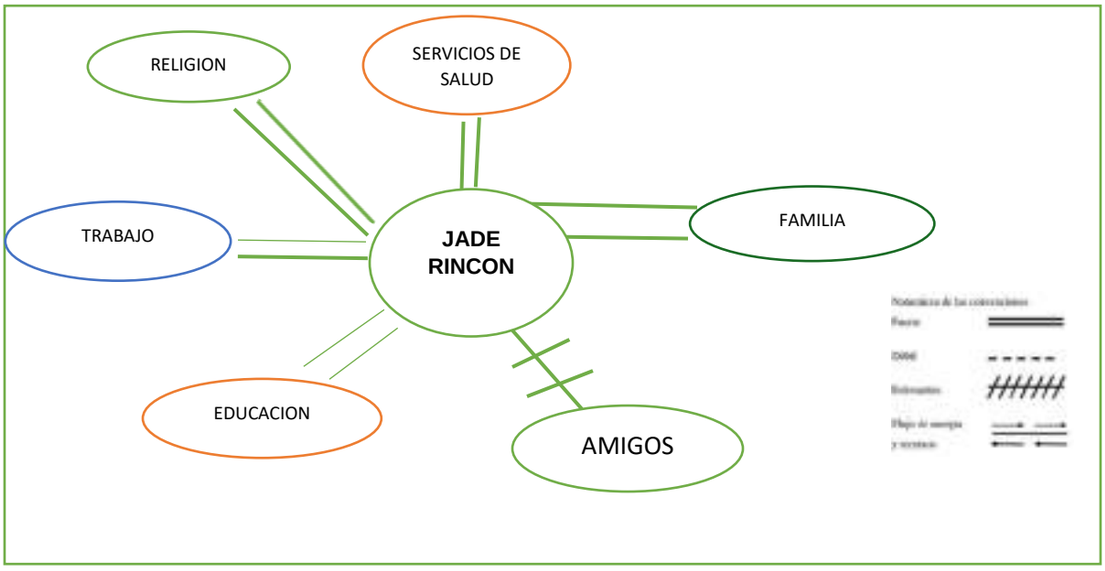
NOMBRE COMPLETO: JADE ENMANUEL RINCON
EDAD: 10
DOCUMENTO: CC 1072775006
EPS: SANITAS
CELULAR:
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA



FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA

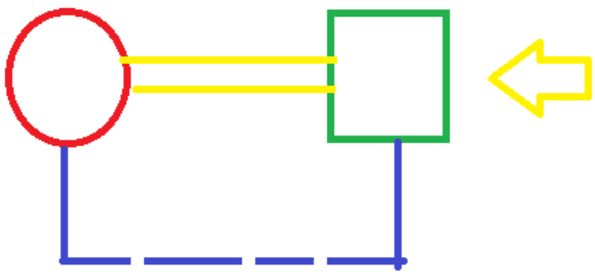


DATOS BASICOS

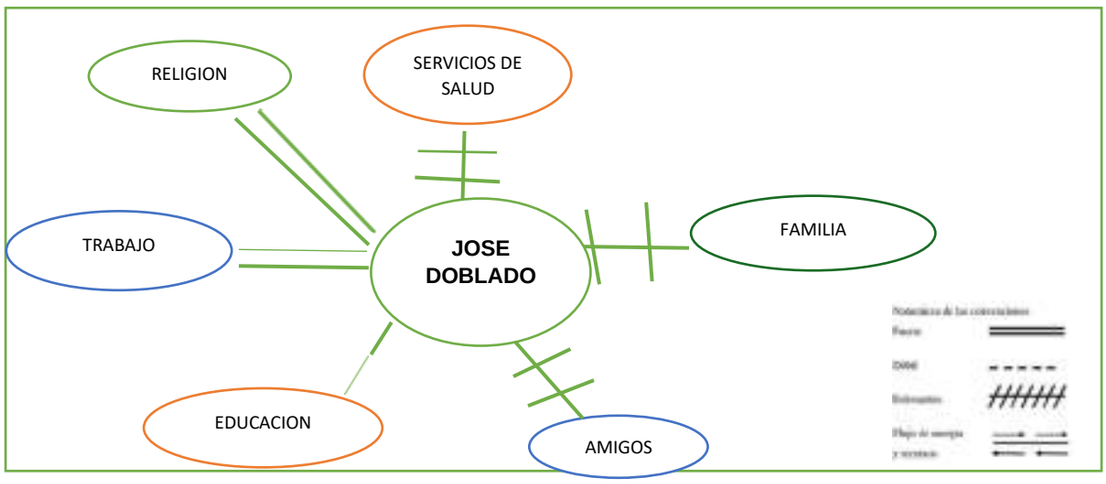
NOMBRE COMPLETO: JOSE MANUEL DOBLADO
EDAD: 75 AÑOS
DOCUMENTO: CC 19111019
EPS: SALUD TOTAL
CELULAR: 3223428229
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA



FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 18 de febrero de 2026 a las 11:16 a.m.
Para: yohanagarz2089@gmail.com

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo electrónico *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MELGAREJO

MOTIVO VISITA *

USUARIO CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL, SIN ADHERENCIA A CONTROLES MEDICOS HACE MAS DE 5 AÑOS

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

19 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JOSE

SEGUNDO NOMBRE

MANUEL

PRIMER APELLIDO *

DOBLADO

SEGUNDO APELLIDO

REYES

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

19111019

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

10 / 07 / 1950

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION ARTERIAL, DETERIORO COGNITIVO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [x] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3223428229

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR LA FRONTERA SOBRE LA AVENIDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

30, 38, 40

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

DIFICULTAD PARA ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD
ESCASAS REDES DE APOYO
AISLAMIENTO SOCIAL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA LA VISITA USUARIO CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL NO CONTROLADA, USUARIO NO ACEPTA LAS CONSULTAS MEDICAS Y A LOS PROFESIONALES DEL AREA DE LA SALUD DEBIDO A QUE ES DEMASIADO AGRESIVO Y AÑOS ATRAS CONTABA CON EQUIPO DOMICILIARIO, LOS MEDICAMNTOS PARA EL MANEJO DE SU PATOLOGIA NO LOS ACEPTA DEBIDO A QUE TIENE LA CREENCIA RELIGIOSA QUE DIOS LE VA A CONTROLAR SUS PATOLOGIAS Y LO VA A CURAR. LOS SIGNOS DE ALARMA DE UN EVENTO CEREBROVASCULAR APARECEN DE FORMA SÚBITA Y REQUIEREN ATENCIÓN MÉDICA INMEDIATA; INCLUYEN DEBILIDAD O ADORMECIMIENTO REPENTINO EN LA CARA, BRAZO O PIERNA (ESPECIALMENTE DE UN SOLO LADO DEL CUERPO), DIFICULTAD PARA HABLAR O ENTENDER LO QUE OTROS DICEN, DESVIACIÓN DE LA BOCA, PÉRDIDA DE EQUILIBRIO O COORDINACIÓN, MAREO INTENSO, DIFICULTAD PARA CAMINAR, PÉRDIDA SÚBITA DE LA VISIÓN EN UNO O AMBOS OJOS Y DOLOR DE CABEZA MUY FUERTE Y REPENTINO SIN CAUSA APARENTE; ANTE CUALQUIERA DE ESTOS SÍNTOMAS SE DEBE ACUDIR DE INMEDIATO A EMERGENCIAS, YA QUE ACTUAR DENTRO DE LAS PRIMERAS HORAS PUEDE SALVAR LA VIDA Y DISMINUIR SECUELAS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

- ASISTIR A LOS CONTROLES MEDICOS DE RIESGO CARDIOVASCULAR
- TOMAR LOS MEDICAMENTOS SEGUN LA INDICACION MEDICA
- REALIZAR ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIEMINTO DE LA MEMORIA

FAMILIARES *

SOLICITAR EL APOYO DE LA FAMILIA PARA EL ACOMPAÑAMIENTO A CITAS MEDICAS Y EL DESARROLLO DE GESTIONES EN SALUD

INSTITUCIONALES *

- INSCRIBIRSE EN EL PROGRAMD E DISCAPACIDAD

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIO NO ADHENRENTE A LOS CONTROLES MEDICOS

Talla

165

Peso

70

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

78

Saturación de oxigeno

90

Tensión arterial

158/109

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

96

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

41. 1 JOSE MANUEL DOBLADO CC 19111019 - Yohana Garzon.pdf

Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

Gmail

Yohana Garzon <yohanagarz2089@gmail.com>

Gracias por completar el formulario PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Recibos de respuestas de Formularios <forms-receipts-noreply@google.com> 18 de febrero de 2026 a las 11:31 a.m.
Para: yohanagarz2089@gmail.com

Gracias por completar el formulario

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ Recibiste este correo electrónico porque completaste el siguiente formulario con tu dirección de correo electrónico. Asegúrate de que reconoces este formulario y que es confiable antes de copiar vínculos o hacer clic en ellos. Si te parece sospechoso, **denúncialo**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Esta es la respuesta que se recibió al formulario.

Editar la respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo electrónico *

yohanagarz2089@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MELGAREJO

MOTIVO VISITA *

USUARIA CON DIABETES MELLITUS

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

19 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ANA

SEGUNDO NOMBRE

EDILA

PRIMER APELLIDO *

TALERO

SEGUNDO APELLIDO

DE DOBLADO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

39682973

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

05 / 10 / 1960

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Sura

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Sura

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

DIABETES MELLITUS

PACIENTE CRONICO *

- [x] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otros: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

- [x] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otros: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3223428229

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA SECTOR LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

30, 38, 40

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

USUARIA NO ADHERENTE A LOS CONTROLES MEDICOS, FALTA DE MOTIVACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO USUARIA CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS NO ADHERENTE A UNOS BUENOS HABITOA DE ALIMENTACION, MAMOGRAFIA HACE MAS DE TRES AÑOS QUE NO SE LA TOMA, LA CITOLOGIA CERVOCOUTERINA NO SE LA HA TOMADO. SE ENCUENTA TOMANDO METFORMINA, PERO EN OCASIONES SE LE OLVIDA TOMARLA SEGUN LA INDICACION MEDICA.
ES FUNDAMENTAL MANTENER HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES QUE INCLUYAN UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA RICA EN VERDURAS, FRUTAS CON MODERACIÓN, GRANOS INTEGRALES, PROTEÍNAS MAGRAS Y GRASAS SALUDABLES, EVITANDO AZÚCARES SIMPLES, BEBIDAS AZUCARADAS Y ALIMENTOS ULTRAPROCESADOS; CONTROLAR LAS PORCIONES Y RESPETAR HORARIOS DE COMIDA AYUDA A MANTENER ESTABLES LOS NIVELES DE GLUCOSA; REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA AL MENOS 30 MINUTOS AL DÍA (COMO CAMINAR, NADAR O BICICLETA) MEJORA EL CONTROL DEL AZÚCAR EN SANGRE; ES IMPORTANTE MONITOREAR REGULARMENTE LA GLUCEMIA, TOMAR LA MEDICACIÓN O INSULINA SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA, MANTENERSE BIEN HIDRATADO, EVITAR EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL, CUIDAR LOS PIES DIARIAMENTE PARA PREVENIR LESIONES, MANEJAR EL ESTRÉS Y ASISTIR A CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS PARA PREVENIR COMPLICACIONES.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

- DIMSINUIR LA INGETSA DE SAL Y AZUCAR EN AL DIETA
-REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO TREINTA MINUTOS DIARIOS.
-ASISTIR A LOS CONTROLES DEL ADULTO
-SOLICITAR LOS EXAMENES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

FAMILIARES *

- SOLICITAR EL ACOMPAÑAMIENTO DE SUS HIJOS PARA LAS GESTIONES DE SALUD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS Y SOLICITUD DE CITAS MEDICAS.

INSTITUCIONALES *

ASISTIR AL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIA CON DIABTES MELLITUS NO ADHERENTE A LOS CONTROLES MEDICOS Y HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

Talla

155

Peso

59

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

18

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

110/66

Perímetro braquial

NA

Perímetro abdominal

93

EVIDENCIAS - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

42.1 ANA EDILMA TALERO CC 39682973 - Yohana Garzon.pdf

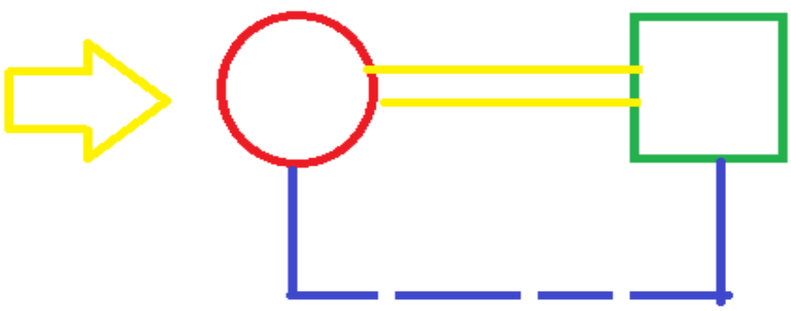
Crear tu propio Formulario de Google

¿El formulario parece sospechoso? Informe

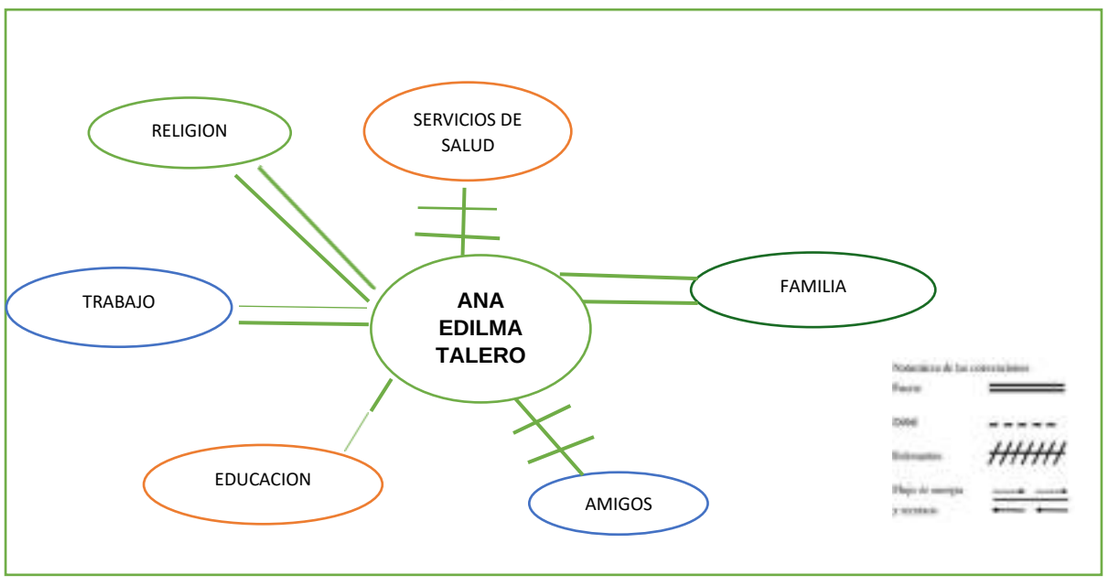
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: ANA EDILMA TALERO
EDAD: 65 AÑOS
DOCUMENTO: CC 39682973
EPS: SALUD TOTAL
CELULAR: 3223428229
VEREDA: BOJACA
SECTOR: LA FRONTERA

FAMILIGOGRAMA



ECOMAPA



REGISTRO VISITAS Y SEGUIMIENTOS DE PROFESIONALES PIC

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL

RESPONSABLE	Yuli Yohana Garzón Niño	BARRIO- VEREDA Y/O SECTOR	vereda Bojaca

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 que regula el manejo de datos personales para la protección de datos personales y de conformidad con la solicitud en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO al Hospital San Antonio de Chía, para que utilice mis datos personales, incluso más adelante y no me, que he suscrito para documentar los actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Así mismo, manifiesto que he sido informado por de Protección de Datos Personales por el Hospital San Antonio de Chía.

NO	FECHA VISITA DD/MM/AAAA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN RCTI/CC/CE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	EDAD EN AÑOS	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO	FIRMA
1	14/02/26	Rudy Esmeralda Marcos Velasquez	CC	1234791386	26	Bojaca Fronteira	3203919070	
2	14/02/26	David Santiago lopez	RC	1032683516	29 días	Bojaca Fronteira	3203918070	
3	14/02/26	Karen Milena Ariño Bolivar	CC	1007639267	25	Bojaca Fronteira	3242760479	
4	14/02/26	Rodolfo lopez Ramirez	CC	219013	85	Bojaca Fronteira	3219970103	
5	14/02/26	Blanca lucia Garzón	CC	20460295	79	Bojaca Fronteira	3219970103	
6	15/02/26	Blanca lucia lopez Garzón	CC	35936548	53	Bojaca Fronteira	3155744926	
7	15/02/26	Nelio Quinayas	CC	1061987248	33	Bojaca Fronteira	3012270092	
8	15/02/26	Ines canasto de Garcia	CC	41399811	80	Bojaca Fronteira	3114959603	
9	15/02/26	Cecilia Garcia canasto	CC	39473217	59	Bojaca Fronteira	3114959603	
10	15/02/26	Deisy Valeria Ruiz Garcia	CC	1072672316	27	Bojaca Fronteira	3123737673	
11	16/02/26	Karen castillo carvallos	CC	1021669315	20	Bojaca Fronteira	3192280192	
12	16/02/26	Alicia Martinez	CC	20117816	89	Bojaca Fronteira	No refiere	
13	16/02/26	Luis Enrique Ramirez Tellez	CC	2994735	68	Bojaca Fronteira	3204143910	
14	16/02/26	Ana Elcia Ariza	CC	28308871	58	Bojaca Fronteira	3132189426	
15	17/02/26	Maicol Alejandro Barrera	CC	1007380149	32	Bojaca Fronteira	3108649488	
16	17/02/26	Aidaliz Nogual Gomez	CC	40927060	52	Bojaca Fronteira	-	
17	17/02/26	Joyce Smith Guzman	CC	1003659766	33	Bojaca Fronteira	3161231691	

Powered by CamScanner

REGISTRO VISITAS Y SEGUIMIENTOS DE PROFESIONALES PIC

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL

RESPONSABLE: Yuli Johana Garzón Niño

BARRIO-VEREDA Y/O SECTOR: Vereda Bojacá

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de confidencialidad con la entidad en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO al Hospital San Antonio de Chía, para que recolecten datos personales, incluidos mis imágenes y mis voz, que he compartido para documentar las actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Así mismo, manifiesto que he sido informado por de Protección de Datos Personales por el Hospital San Antonio de Chía

NO	FECHA VISITA DD/MM/AAAA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN RUT/CC/CE/TI	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	EDAD EN AÑOS	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO	FIRMA
1	03/02/26	Jose Miguel Sanchez Acevedo	CC	19249611	74	Bojaca Frontera	3223681002	
2	03/02/26	Carlos Socha	CC	80397592	61	Bojaca Frontera	3176726098	
3	03/02/26	Jaime Socha Reyes	CC	15202269	46	Bojaca Frontera	3133647359	
4	03/02/26	Carmen Socha Beltran	CC	35472746	69	Bojaca Frontera	3125633746	
5	03/02/26	Gonzalo Socha Reyes	CC	80900891	55	Bojaca Frontera	3246	
6	04/02/26	Ever Antonio Guilles Ramos	CC	85168268	46	Bojaca Frontera	3116940296	
7	04/02/26	Deiner Barbosa	CC	1072659448	38	Bojaca Frontera	3103912063	Deiner Barbosa
8	06/02/26	Carlos Rodriguez Saavedra	CC	1072649340	37	Bojaca Frontera	3213726479	
9	06/02/26	Lilia Esperanza Reyes Plazas	CC	1072658519	35	Bojaca Frontera	3103482446	
10	06/02/26	Hermencia Reyes Sanchez	CC	20472238	64	Bojaca Frontera	3112417350	
11	09/02/26	Luz Marina Sanchez	CC	20421820	64	Bojaca Frontera	3205981699	
12	09/02/26	Martha Luz Bolivar	CC	52669325	51	Bojaca Frontera	3202961739	
13	09/02/26	Juan Cristian Bolivar	CC	35478542	53	Bojaca Frontera	3124366771	
14	09/02/26	Heidy Juana Santamaria	CC	1072651907	18	Bojaca Frontera	3108339400	
15	09/02/26	Narcedonio Bolivar Sanchez	CC	3202961359	57	Bojaca Frontera	79186561	
16	09/02/26	Janey Bolivar Sanchez	CC	35197696	47	Bojaca Frontera	3107889136	
17	09/02/26	Laura Daniela Sierra	CC	1072639564	21	Bojaca Frontera	3202970618	

Powered by CamScanner

REGISTRO VISITAS Y SEGUIMIENTOS DE PROFESIONALES PIC

E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL

RESPONSABLE	Yuli Tatiana Suarez	BARRIO- VEREDA Y /O SECTOR	Vereda Bojaca

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales) y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con el diligenciamiento de este formulario AUTORIZO al Hospital San Antonio de Chía, para que utilice mis datos personales, incluida mi imagen y mi voz, que he suministrado para documentar actividades desarrolladas y hacer el correspondiente tratamiento de datos. Así mismo, manifiesto que he sido informado por de Protección de Datos Personales por el Hospital San Antonio de Chía

NO	FECHA VISITA DD/MM/AAAA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE IDENTIFICACIÓN RC/TI/CC/CE	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	EDAD EN AÑOS	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO	FIRMA
1	18/02/26	Maria Jesus Ramirez	CC	41462649	94	Bojaca Frontera	3229137148	
2	18/02/26	Jose Guillermo Dabludo	CC	11344786	58	Bojaca Frontera	3197247971	
3	18/02/26	Maria olivia Dabludo Alvarado	CC	35479869	54	Bojaca frontera	3024989738	
4	18/02/26	Blanca cecilia Dabludo	CC	1072708396	30	Bojaca Frontera	3236321632	
5	19/02/26	Lizeth viviana roca Sarmiento	CC	1072667935	32	Bojaca Frontera	3003289211	
6	19/02/26	Jade Emanuel Rincon roca	TI	1072779066	6	Bojaca Frontera	3003289211	
7	19/02/26	Jose Manuel Dabludo	CC	19111019	75	Bojaca Frontera	3232428229	
8	19/02/26	Ana Edilma Talero	CC	39682973	65	Bojaca Frontera	3232428229	
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Powered by CamScanner