PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

Correo *

carogarzon@gmail.com

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

ELENA

PRIMER APELLIDO *

ALDANA

SEGUNDO APELLIDO

JIMENEZ

TIPO DE DOCUMENTO * Dropdown

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO **(SIN PUNTOS NI COMAS)** *

35475465

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

18 / 09 / 1971

CICLO VITAL * Dropdown

Adultez (29 a 59 años)

SEXO * Dropdown

MUJER

REGIMEN DE SALUD * Dropdown

Contributivo

EPS * Dropdown

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA * Dropdown

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

PLAZA MAYOR

Antecedentes Personales en Salud: *

EPO, HIPERTENSION ARTERIA,APNEA DEL SUEÑOOBESIDAD GRADO 3, LEUCEMIA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [x] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [x] 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 *

3115819447

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA * Dropdown

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS ENTRADA PARALELA AL COLEGIO CASA DE TRES PISOS VERDE

URBANO

TIPO DE DIRECCIÓN * Dropdown

Elige

NÚMERO DE LA DIRECCIÓN *
EJEMPLO KR **14C**#9-34 EN ESTE CASO ES **14C**

INFORMACIÓN DE CRUZE *
EJEMPLO KR 14C#**9**-34 EN ESTE CASO ES **9**

NÚMERO DE CASA O FINAL *
EJEMPLO KR 14C#9-**34** EN ESTE CASO ES **34**

COMPLEMENTO CARDINAL
EJEMPLO KR 14C#9-34 **NORTE** EN ESTE CASO ES **NORTE**

Datos Familiares

ESTADO CIVIL * Dropdown

CASAD@

TIENE HIJOS * Dropdown

SI

EDADES DE LOS HIJOS

36MUJER-34HOMBRE-32MUJER-20HOMBRE

OTROS FAMILIARES * Dropdown

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PESONA QUE PERMANCE SOLA Y SE SIETE DEPRIMIDA POR SU ESTADOS DE SALUD

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA VARIOS DIAGNOSTISCOS MEDICOS CRONICOS A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR LAS RUTINAS EDUCADAS, INCRIBIRSE EN GRUPOS DE ACTIVIDAD FISICA DEL IMRD.

FAMILIARES *

REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESOS MEDICOS Y HABITOS SALUDABLES EDUCADOS

INSTITUCIONALES *

SE BRINDA INFORMACION DE PUNTOS ESTRATEGICOS PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA COMO IMRD

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

165

Peso

100

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

85

Saturación de oxigeno

87

Tensión arterial

115/80

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

120

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

MARIA ELENA A...

Añadir archivo

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

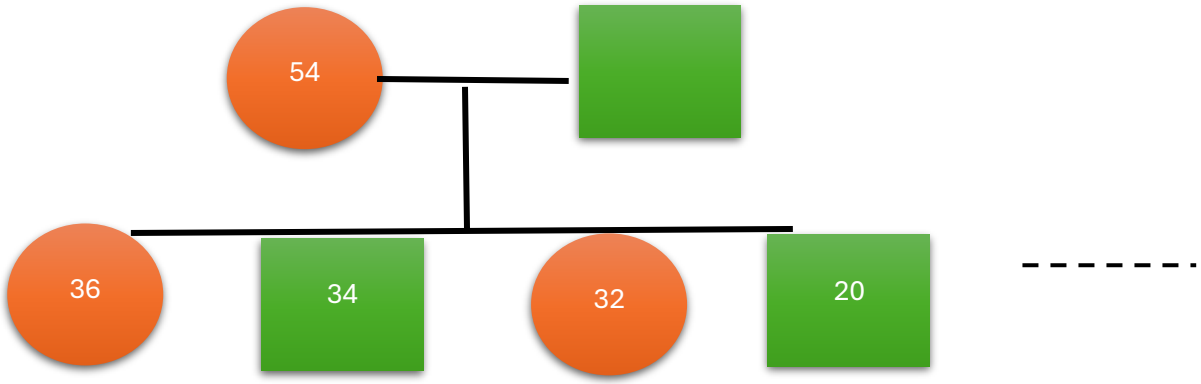
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: MARIA ELENA ALDANA JIMENEZ
EDAD:54 AÑOS
DOCUMENTO:CC 35475465
EPS: SANITAS - CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3115819447
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Carrera 10 No. 8 – 24 Teléfono: 5140707
E-mail: hchia@esehospitalchia.gov.co Web: www.esehospitalchia.gov.co

Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 6 de febrero de 2026 a las 15:13
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

HERCILIA

PRIMER APELLIDO *

REY

SEGUNDO APELLIDO

REY

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

35196908

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

21 / 04 / 1980

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

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: *

ARTROSIS,FRIBROMIALGIA, TENDINITIS GENERALIZADA,MALLA GASTRICA

PACIENTE CRONICO *

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

- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [x] Otro: ARTROSIS,FRIBROMIALGIA, TENDINITIS GENERALIZADA,MALLA GASTRICA

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 *

3202272989

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS, DESTAPADA PARALERA AL COLEGIO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

2

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

NIETOS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PERSONA MUY SOLITARIA, MANIFIESTA TENER DEPRESION, POR SU ESTADO DE SALUD Y MUERTE DE SU PADRE, SE REQUIERE VALORACION POR PSCIOLOGIA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA VARIOS DIAGNOSTISCOS MEDICOS CRONICOS A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, Y SE RECOMENDA REALIZARLOS AL AIRE LIBRE COMO PARQUES ETC

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR LAS RUTINAS EDUCADAS, INCRIBIRSE EN GRUPOS DE ACTIVIDAD FISICA DEL IMRD, TOMAR CAMINATAS CORTAS, SALIR DE SU CASA.

FAMILIARES *

REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESOS MEDICOS Y HABITOS SALUDABLES EDUCADOS.

INSTITUCIONALES *

GESTION DE MEDICAMENTOS Y ORDENES VENCIDAS DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMENTOS

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

158

Peso

80

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

81

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

110/87

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

98

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

Archivos enviados

MARIA HERCILIA REY REY - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

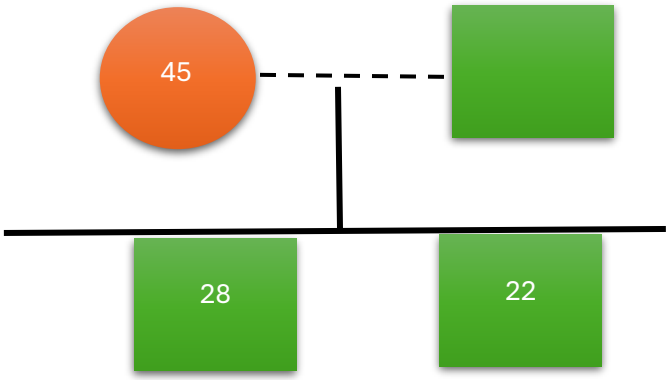
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

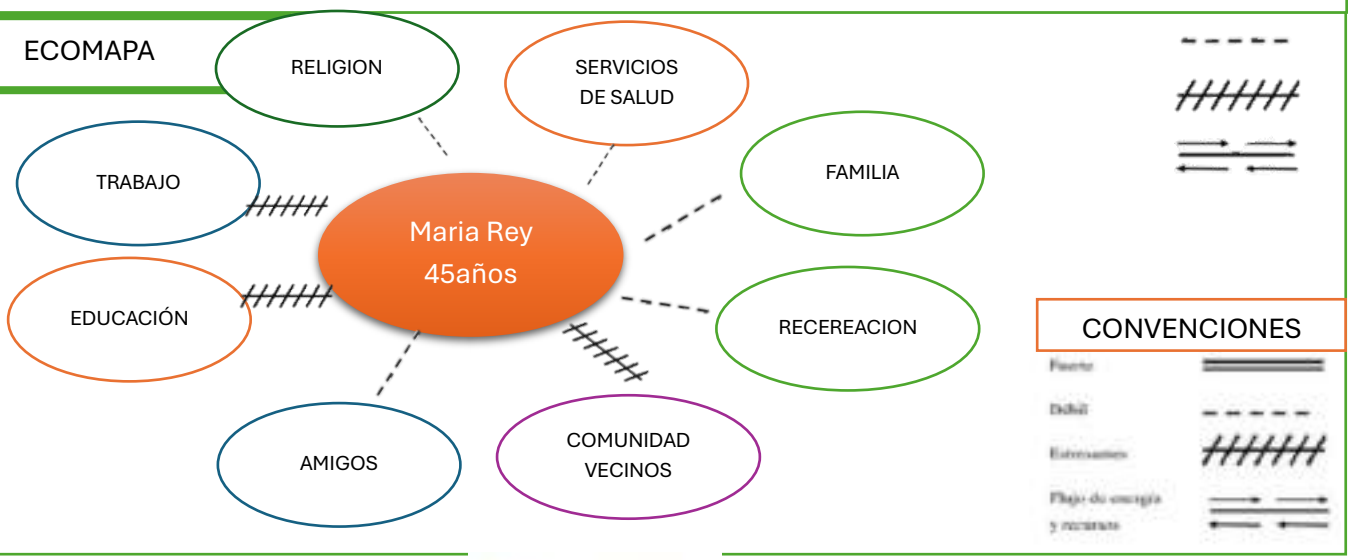
NOMBRE COMPLETO: MARIA HERCILIA REY REY
EDAD: 45 AÑOS
DOCUMENTO:CC 35196908
EPS: FAMISANAR - SUBSIDIADO
CELULAR: 3202272989
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 6 de febrero de 2026 a las 15:42
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JORGE

SEGUNDO NOMBRE

IVAN

PRIMER APELLIDO *

ORJUELA

SEGUNDO APELLIDO

REY

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072714987

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

19 / 08 / 1997

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

USUARIO REFIERE NO PRESENTAR NINGUNO

PACIENTE CRONICO *

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

- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [x] 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 *

3108728486

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS DESTAPADA PARALELA AL COLEGIO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

10MUJER

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMA Y HERMANO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PERSONA MUY SOLITARIA PRESENTA CONFLICTOS CON MADRE DE SU HIJA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL DE SALUD, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA UN SEDENTARISMO Y MALOS HABITOS DE VIDA, SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR LAS RUTINAS EDUCADAS, REALIZAR ACTIVAD FISICA Y DEJAR DE FUMAR Y CONSUMIR ALCOHOL

FAMILIARES *

ESTABLCER COMUNICACION ASERTIVA CON FAMILIARES

INSTITUCIONALES *

INSCRIPCION EN GRUPOS CULTURALES

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION ADECUADA PARA SU CASO

Talla

179

Peso

87

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

82

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

100/70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

82

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

Archivos enviados

JORGE IVAN ORJUELA REY - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

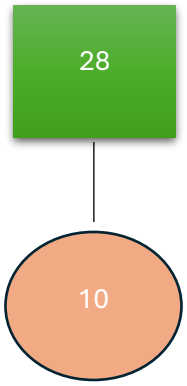
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: JORGE IVAN ORJUELA REY
EDAD: 28 AÑOS
DOCUMENTO:CC 1072714987
EPS: FAMISANAR - CONTIRBUTIVO
CELULAR: 3108728486
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 10 de febrero de 2026 a las 10:05
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

RONAL

SEGUNDO NOMBRE

ESMITH

PRIMER APELLIDO *

ORJUELA

SEGUNDO APELLIDO

REY

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1003660624

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

06 / 12 / 2002

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sura

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Sura

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

PERSONA NO REFIERE ANTECEDENTES DE SALUD

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 *

3202272989

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS ENTRADA PARALELA AL COLEGIO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

4- HOMBRE

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PERSONA LA CUAL CONSUME SUSTACIAS PSICOACTIVAS Y TIENE A CARGO POR DIAS A SU HIJO.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL NO PRESENTA DIAGNOSTISCOS MEDICOS CRONICOS A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, Y SE RECOMENDA REALIZARLOS AL AIRE LIBRE COMO PARQUES E INTERACION SANAS CON SU HIJO ETC

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ALEJARSE DE MALAS COMPAÑIAS REALIZAR LAS RUTINAS EDUCADAS, INCRIBIRSE EN GRUPOS DE ACTIVIDAD FISICA DEL IMRD.

FAMILIARES *

ACOMPAÑAR EN PROCESO DE REHABILITACION Y TOMA DE HABITOS SALUDABLES

INSTITUCIONALES *

SE BRINDA INFORMACION DE PUNTOS ESTRATEGICOS PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA COMO IMRD

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA POCO A NADA RECEPTIVA LA CUAL NO PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS

Talla

152

Peso

68

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

80

Saturación de oxigeno

89

Tensión arterial

90/70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

73

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

Archivos enviados

RONAL ESMITH ORJUELA REY - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

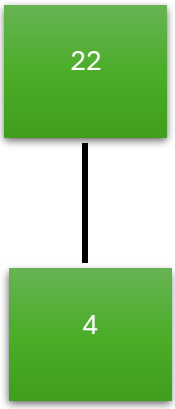
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: RONAL ESMITH ORJUELA REY
EDAD:22 AÑOS
DOCUMENTO:CC 1003660624
EPS: SURA- CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3202272989
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS



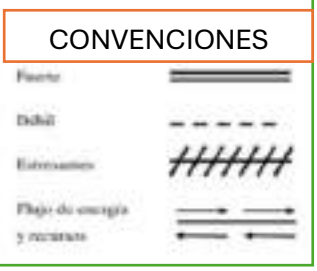
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 10 de febrero de 2026 a las 10:23
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

WILLIAM

SEGUNDO NOMBRE

ALEXANDER

PRIMER APELLIDO *

ESPINOSA

SEGUNDO APELLIDO

CARILLO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

11200975

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

22 / 09 / 1976

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

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: *

PRE DIABETES, NO CONTROLES MEDICOS

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 *

3185698639

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS ENTRADA DESTAPADA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

28MUJER-22MUJER-3HOMBRE

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PERSONA LA CUAL NO LE GUSTA ASISTIR AL MEDICO NI A SUS CONTROLES EN GENERAL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL MANIFIESTA QUE ES PRE DIABETICO A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SOLICITAR CITA MEDICA Y ASISTIR A UN CONTROL MEDICO

FAMILIARES *

REALIZAR ACOMPAÑAMINETO DE PROCESO DE SALUD

INSTITUCIONALES *

PRESTAR OPORTUNAMENTE LOS SERVICIOS DE SALUD

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

165

Peso

78

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

83

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

109/79

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

87

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

Archivos enviados

WILLIAM ALEXANDER ESPINOSA CARRILLO - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

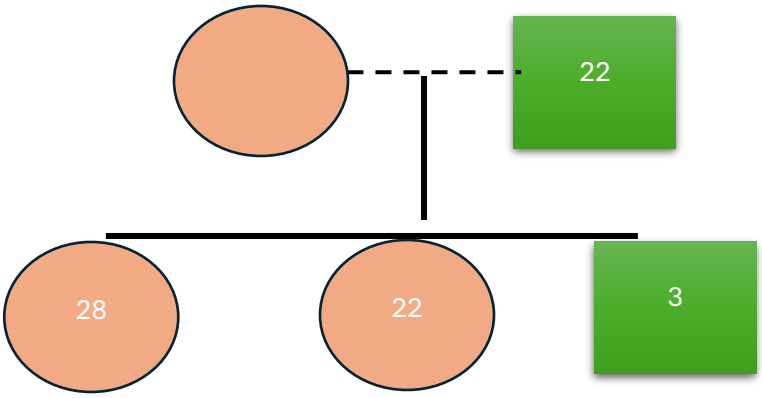
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

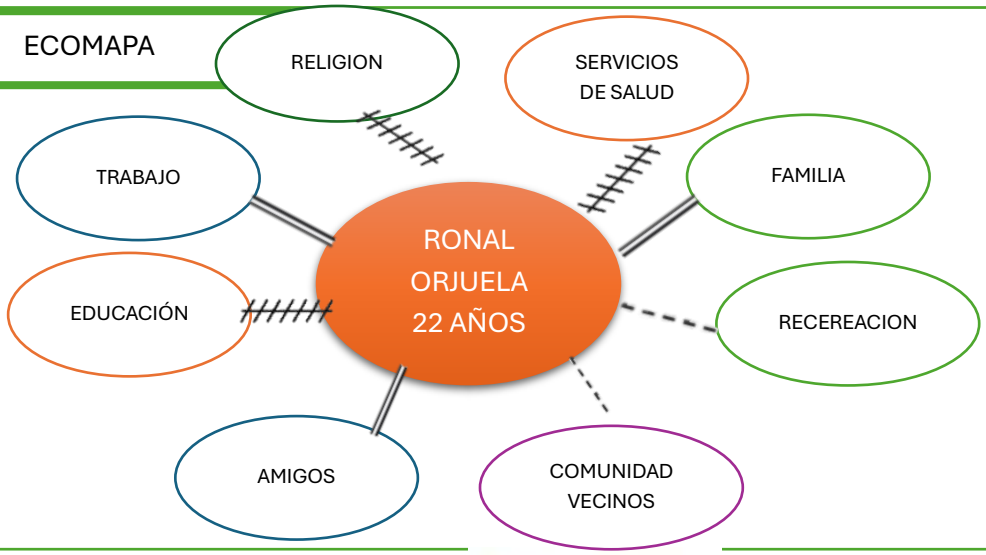
NOMBRE COMPLETO: WILLIAM ALEXANDER ESPINOSA CARRILLO
EDAD:59 AÑOS
DOCUMENTO:CC 11200975
EPS: COMPENSAR- CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3185698639
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 10 de febrero de 2026 a las 10:35
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LIAN

SEGUNDO NOMBRE

SANTIAGO

PRIMER APELLIDO *

ESPINOSA

SEGUNDO APELLIDO

CASALLAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072680107

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

01 / 10 / 2022

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

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: *

PADRE MANIFIESTA QUE EL NIÑO TIENE HIPERACTIVIDAD DIAGNOSTICADA POR PEDIATRA

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 *

3185698639

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS ENTRADA DESTAPADA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PADRES Y HERMANAS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PERSONA LA CUAL NO SE ENCUENTRA ESCOLARIZADA Y NO TIENE INTERACION CON PARES

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD, SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, Y SE RECOMENDA REALIZARLOS AL AIRE LIBRE COMO PARQUES ETC

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SOCIALIZAR E INTERACTUAR CON PARES

FAMILIARES *

REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO EN INTERACION CON PARES E INNGRESAR A JARDIN

INSTITUCIONALES *

INGRESAR A JARDIN INFANTIL

Observaciones / hallazgos encontrados

SE EDUCA AL PADRE EL CUAL ES MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

90

Peso

16

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

89

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

LIAN SANTIAGO ESPINOSA CASALLAS - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

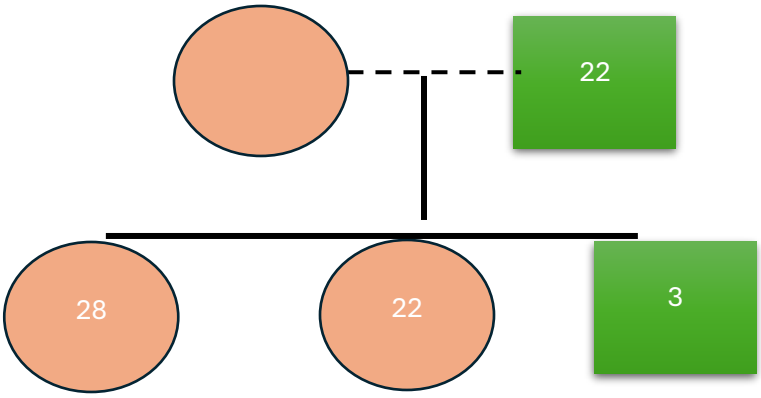
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

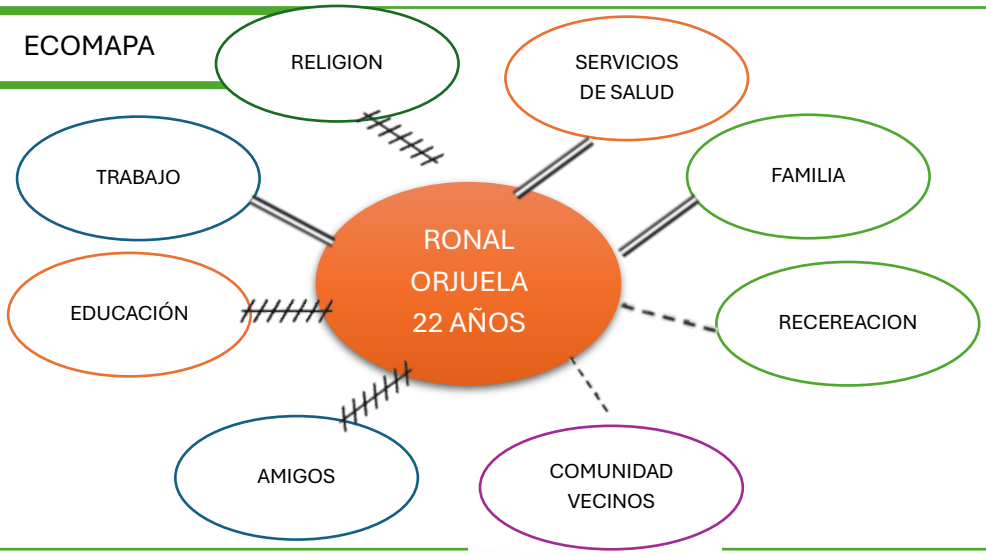
NOMBRE COMPLETO: LIAN SANTIAGO ESPINOSA CASALLAS
EDAD:3 AÑOS
DOCUMENTO:REGISTRO CIVIL 1072680107
EPS: COMPENSAR- CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3185698639
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 10 de febrero de 2026 a las 20:42
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

DARAYAN

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

LASTRES

SEGUNDO APELLIDO

RAMOS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1003070571

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

20 / 11 / 2002

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

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: *

PERSONA NO REFIERE ANTECEDENTES PERSONALES

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
- [x] 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 *

3006205557

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS ENTRADA DESTAPADA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

3HOMBRE

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PERSONA LA CUAL NO TIENE TRABAJO ES MADRE SOLTERA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA SEDENTARISMO, A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ASISTIR A PARQUES Y REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EDUCADA

FAMILIARES *

ESTABLECER COMUNICACION CON FAMILIARES

INSTITUCIONALES *

INCRIBIRSE EN GRUPOS DE IMRD

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS

Talla

161

Peso

64

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

87

Saturación de oxigeno

90

Tensión arterial

138/99

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

90

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

Archivos enviados

DARAYAN LASTRES RAMOS - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

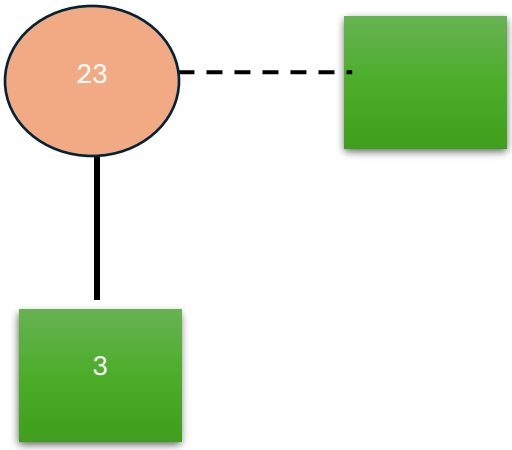
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

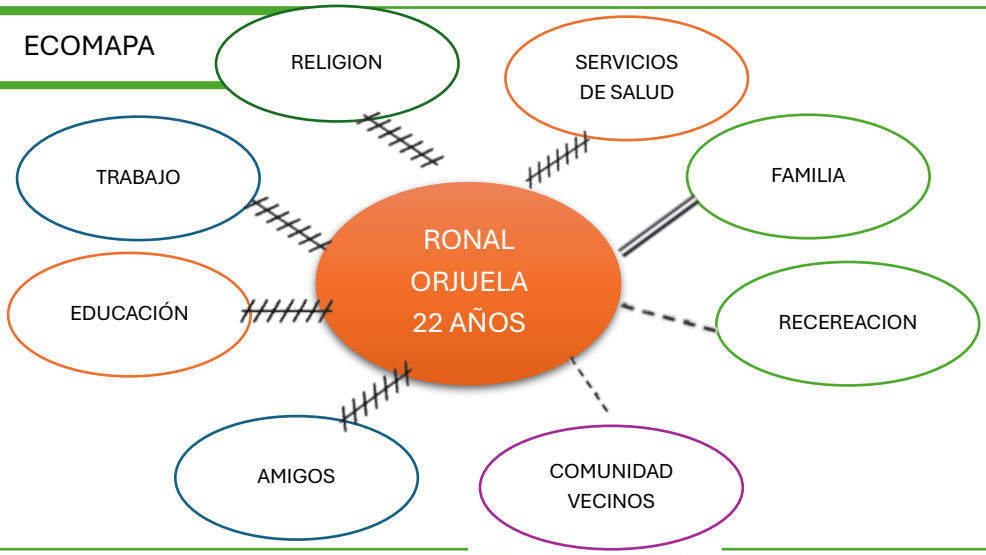
NOMBRE COMPLETO: DARAYAN LASTRES RAMOS
EDAD: 23 AÑOS
DOCUMENTO:CC 1003070571
EPS: SALUD TOTAL - SUB
CELULAR: 3006205557
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 10 de febrero de 2026 a las 20:59
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

XIMENA ERAZO

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

THIAGO

SEGUNDO NOMBRE

DAVID

PRIMER APELLIDO *

LASTRES

SEGUNDO APELLIDO

RAMOS

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1063189556

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

25 / 09 / 2022

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

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: *

RINITIS

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 *

3006205557

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS ENTRADA DESTAPADA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMA Y PADRASTRO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

MENOR QUE VIVE CON SU MAMA Y SU PADRASTRO NO ESTA ESCOLARIZADO Y TIENES CONFLICTOS MADRE ESTA SIN TRABAJO Y NO TIENE INGRESOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA RINITIS COMO DIAGNOSTISCOS MEDICOS, NO SE ENCUENTRA ESCOLARIZADO Y SU ENTORNO SOLO ES UNA HABITACION SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR RUTINAS MEDIANTE EL JUEGO

FAMILIARES *

ESTIMULAR HITOS DE DESARROLLO MOTOR Y SENSORIAL

INSTITUCIONALES *

INSTITUCIONAR AL NIÑO PARA INTERACION CON PARES

Observaciones / hallazgos encontrados

MADRE MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN EL SU ESTADO DE SALUD DE SUS HIJO. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

94

Peso

14

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

87

Saturación de oxigeno

91

Tensión arterial

Perímetro braquial

14

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

THIAGO DAVID LASTRES RAMOS - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

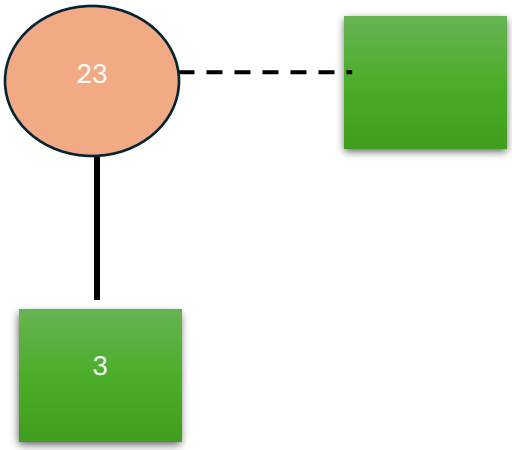
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

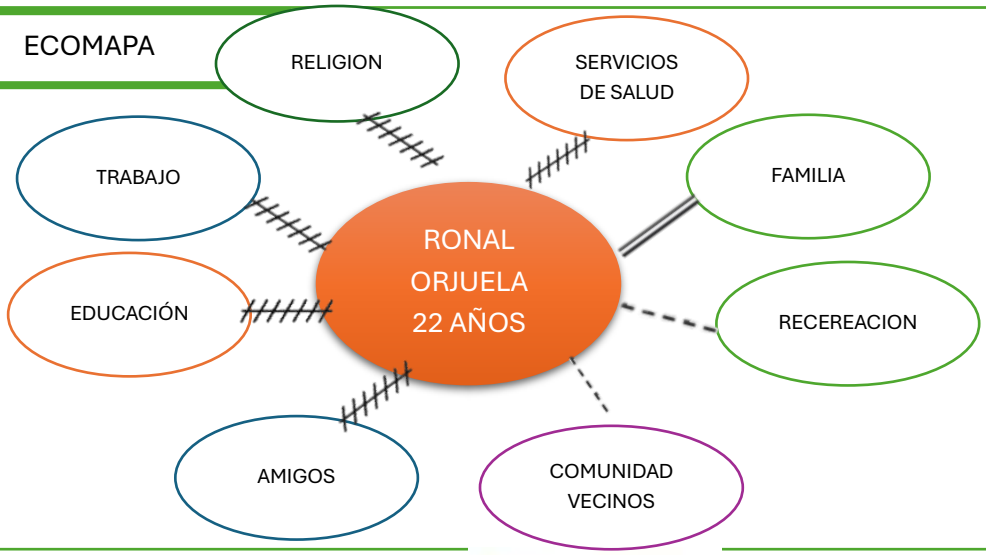
NOMBRE COMPLETO: THIAGO DAVID LASTRES RAMOS
EDAD: 3 AÑOS
DOCUMENTO:RG 1063189556
EPS: SALUD TOTAL - SUB
CELULAR: 3006205557
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 10 de febrero de 2026 a las 21:16
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

XIMENA ERAZO

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MIGUEL

SEGUNDO NOMBRE

ANTONIO

PRIMER APELLIDO *

PADILLA

SEGUNDO APELLIDO

DIAMAND

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso por Protección Temporal

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

5112511

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

06 / 05 / 1976

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

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: *

HIPERTENSION ARTERIAL

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
- [x] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA

☐ Otro:

TELEFONO DE CONTACTO *

3167985942

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

27MUJER-24HOMBRE-14MUJER

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PERSONA TOTALMENTE SOLA TIENE HIJOS PERO NO TIENE RELACION CON ELLOS VIVE SOLO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA DIAGNOSTISCO MEDICO DE HIPERTENSION ARTERIAL A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, Y SE RECOMENDA REALIZARLOS AL AIRE LIBRE COMO PARQUES ETC

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ASISTIR A CONTROL POR CRONICOS CADA TRES MESES O CADA QUE EL MEDICO LO VEA NECESARIO

FAMILIARES *

ESTABLACER COMUNICACION CON HIJOS

INSTITUCIONALES *

PARTICIPAR DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

167

Peso

72

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

87

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

145/94

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

85

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

Archivos enviados

MIGUEL ANTONIO PADILLA DIAMAND - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

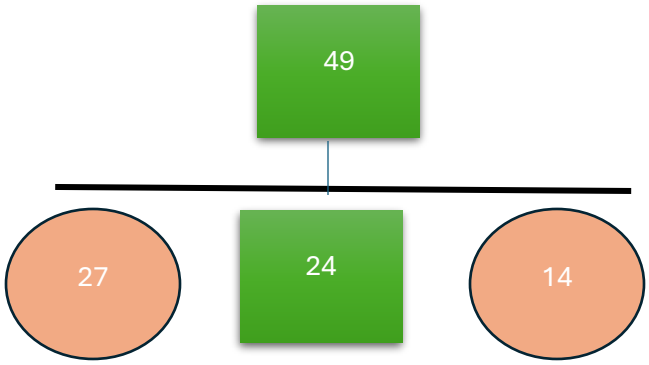
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

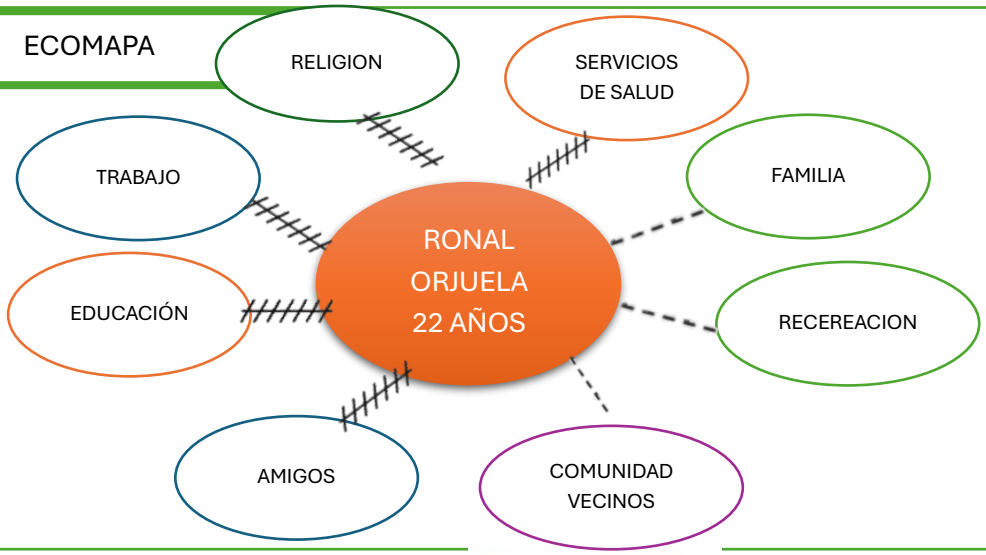
NOMBRE COMPLETO: MIGUEL ANTONIO PADILLA DIAMAND
EDAD: 49 AÑOS
DOCUMENTO:PPT 5112511
EPS: COMPENSAR- SUB
CELULAR: 3167985942
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 10 de febrero de 2026 a las 21:38
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

MARIA JOSE HERNANDEZ

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

CLEMENTINA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

ROMERO

SEGUNDO APELLIDO

DE PAEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

23983160

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

26 / 02 / 1946

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

SANITAS

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPOACUSIA, HERNIAS DISCALES, HIPOTIRODISMO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [x] Hipotiroidismo
- [x] 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 *

3008717162

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS ENTRADA DESTAPADA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

NO RECUERDA LAS EDADES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

NUERA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

ADULTO MAYOR QUE VIVE CON SU ESPOSO DE 89 AÑOS DE EDAD, NO TIENEN CUIDADOR VIVEN SOLOS TIENES VARIAS PATOLOGIAS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA VARIOS DIAGNOSTISCOS MEDICOS CRONICOS COMO: HIPOACUSIA, HERNIAS DISCALES, HIPOTIRODISMO, HIPERTENSION ARTERIAL A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR LO EDUCADO EN CASA

FAMILIARES *

ESTAR PENDIENTE DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS Y CITAS MEDICAS

INSTITUCIONALES *

BRINDAR SERVICIOS DE SALUD OPORTUNOS

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

140

Peso

70

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

76

Saturación de oxigeno

80

Tensión arterial

128/78

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

90

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

Archivos enviados

CLEMENTINA ROMERO DE PAEZ - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

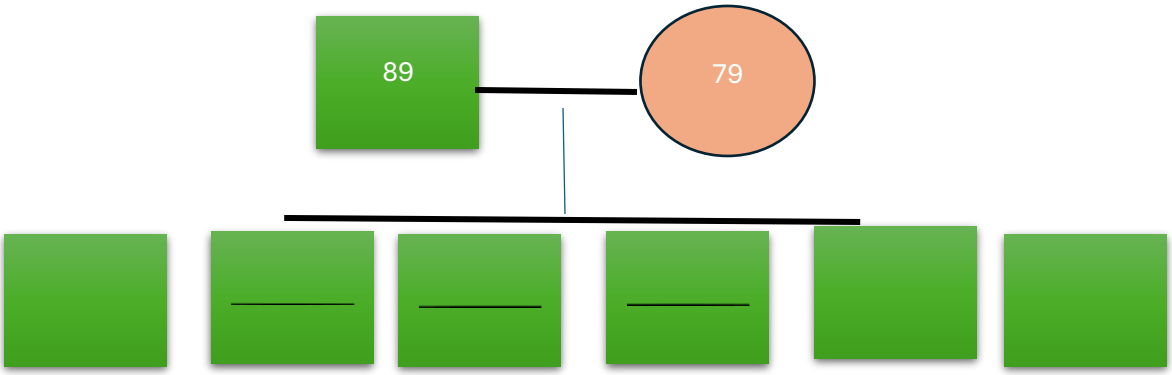
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

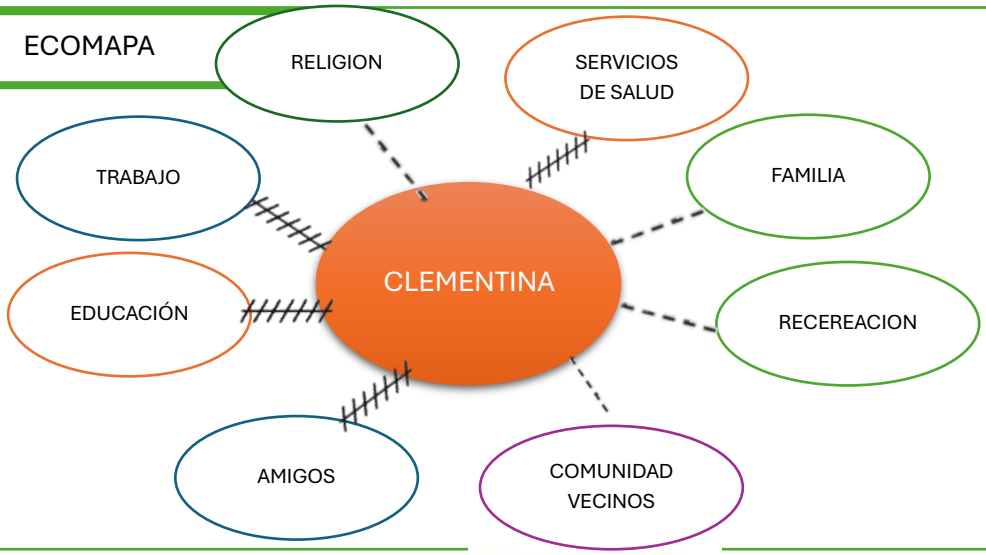
NOMBRE COMPLETO: CLEMENTINA ROMERO DE PAEZ
EDAD: 79 AÑOS
DOCUMENTO:CC 23983160
EPS: SANITAS- CONTR
CELULAR: 3008717162
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 9:55
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

ZOE

- [x] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

04 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

BAUTISTA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

PAEZ

SEGUNDO APELLIDO

MORENO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

4226004

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

19 / 07 / 1937

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: *

EPOC HIPERTENSION ARTERIAL

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [x] 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 *

3008717162

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS ENTRADA DESTAPADA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

NO RECUERDAN EDADES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

NUERA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PERSONA MAYOR QUE ESTA AL CUIDADO DE SU ESPOSA QUE TAMBIEN ES UNA ADULTO MAYOR,LOS HIJOS LOS VISITAN DE VEZ EN CUANDO VIVEN SOLOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN DESSATURADA 78% CON OXIGENO A 3.5 LITOS EL FRASCO DEL AGUA MAL CERRADO Y CANULA NASAL TAPADA, ORIENTADA, DEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA DIAGNOSTISCOS MEDICOS CRONICOS COMO EPOC A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

EJERCICIOS RESPIRATORIOS

FAMILIARES *

ESTAR PENDIENTE DE TOMA DE MEDICAMIENTOS Y ADECUADO SUMINISTRO DE OXIGENO E HIGIENE DEL MISMO

INSTITUCIONALES *

ASISTIR CADA 3 MESES A PROGRAMA DE CRONICOS EN EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION A EL Y ALA NUERA QUE ESTABA PRESENTE A OTRA NUERA VIA TELEFONICA DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS

Talla

162

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

78

Saturación de oxigeno

78

Tensión arterial

111/59

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

98

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

Archivos enviados

11.2 ECO CAROLINA GARZON - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

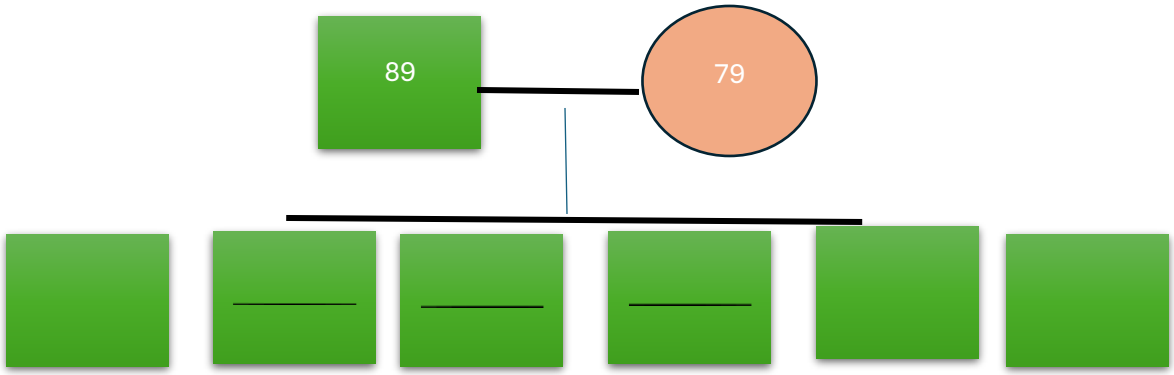
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

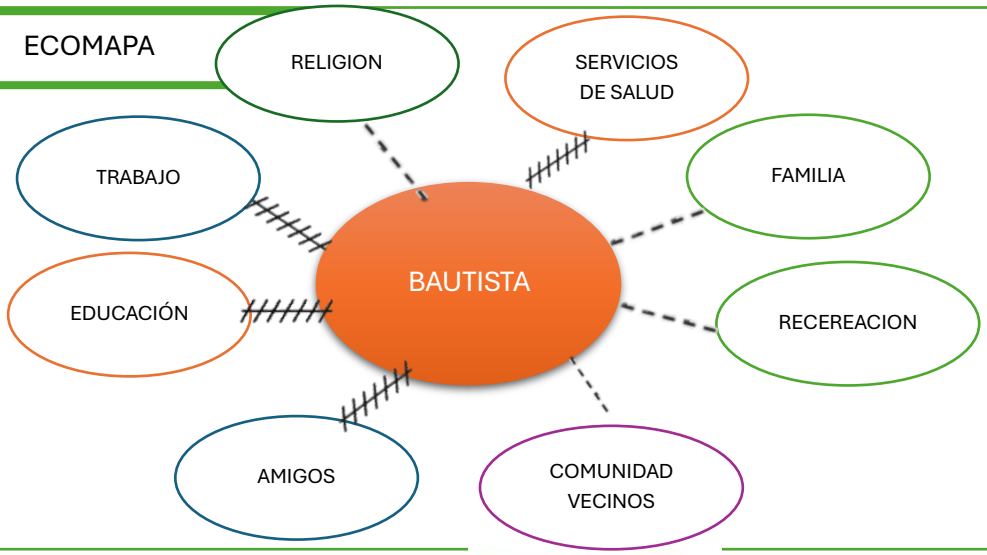
NOMBRE COMPLETO: BAUTISTA PAEZ MORENO
EDAD: 88 AÑOS
DOCUMENTO:CC 4226004
EPS: SANITAS- CONTR
CELULAR: 3008717162
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 10:09
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

ZOE

- [x] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

04 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ELISERIA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

EDEGUA

SEGUNDO APELLIDO

BELTRAN

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

68302527

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

14 / 06 / 1976

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Dirección de Sanidad Policía Nacional

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Sanidad Militar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

CHAGAS, INSUFICIENCIA CARDIACA, MARCAPASOS, CIRIGIA CORONARIA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [x] Enfermedades cardíacas
- [ ] 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 *

3008717162

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

29HOMBRE-26HOMBRE-19HOMBRE

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PERSONA MUY SOLITARIA, EN OCASIONES CUIDA DE LOS SUEGROS,

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA VARIOS DIAGNOSTISCOS MEDICOS CRONICOS A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, Y SE RECOMENDA REALIZARLOS AL AIRE LIBRE COMO PARQUES ETC

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR RUTINAS AL AIRE LIBRE MUY SUAVE ESPECIALMENTE MOVILIDAD ARTICULAR.

FAMILIARES *

REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO DE ESTADO DE SALUD

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A CONTROLES PROGRAMOS, REALIZAR HOLTER

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

156

Peso

50

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

54

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

98/70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

79

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

Archivos enviados

12.2 ECO CAROLINA GARZON - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

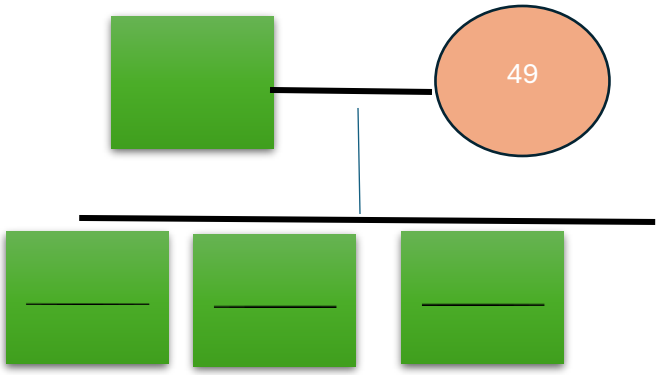
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: ELISERIA EDEGUA BELTRAN
EDAD: 49 AÑOS
DOCUMENTO:CC 68302527
EPS: SANIDAD POLICIA NACIONAL- CONTR
CELULAR: 3008717162
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS

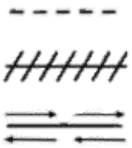


FAMILIOGRAMA

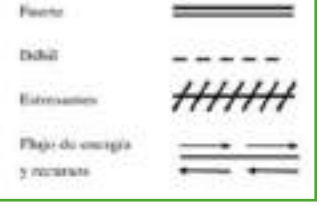


ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 10:27
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

⚠ 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) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

05 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

FABIANA

SEGUNDO NOMBRE

NOHEMI

PRIMER APELLIDO *

PADILLA

SEGUNDO APELLIDO

LUBO

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso por Protección Temporal

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

5633637

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

26 / 01 / 1984

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: *

OBESIDAD GRADO II

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
- [x] MIGRANTE REGULAR

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3005003727

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

CENTRO

ZONA DE LA VIVIENDA *

URBANO

URBANO

TIPO DE DIRECCIÓN *

KR

NÚMERO DE LA DIRECCIÓN
EJEMPLO KR **14C**#9-34 EN ESTE CASO ES **14C**
*

4

INFORMACIÓN DE CRUZE
EJEMPLO KR 14C#**9**-34 EN ESTE CASO ES **9**
*

7

NÚMERO DE CASA O FINAL
EJEMPLO KR 14C#9-**34** EN ESTE CASO ES **34**
*

26

COMPLEMENTO CARDINAL
EJEMPLO KR 14C#9-34 **NORTE** EN ESTE CASO ES **NORTE**

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

12MUJER-5HOMBRE

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

PERSONA SEDENTARIA, TIENE HABITOS SALUDABLES, TIENE UN JARDIN EN SU CASA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA OBESIDAD GRADO II A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD,

SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, Y SE RECOMENDA REALIZARLOS AL AIRE LIBRE COMO PARQUES ETC

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR LAS RUTINAS EDUCADAS, INCRIBIRSE EN GRUPOS DE ACTIVIDAD FISICA DEL IMRD.

FAMILIARES *

REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESOS MEDICOS Y HABITOS SALUDABLES EDUCADOS

INSTITUCIONALES *

SE BRINDA INFORMACION DE PUNTOS ESTRATEGICOS PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA COMO IMRD

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

154

Peso

92

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

86

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

115/70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

97

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

Archivos enviados

13.1 CAROLINA GARZON ECOMAPA - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

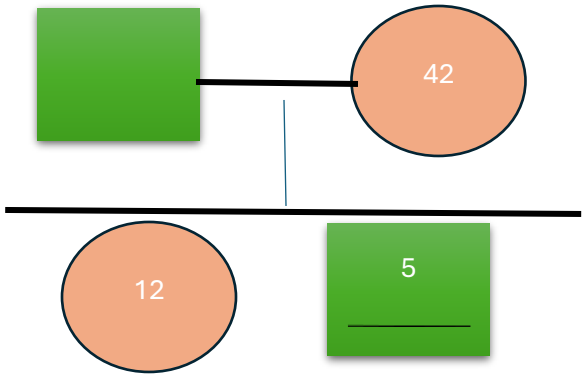
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

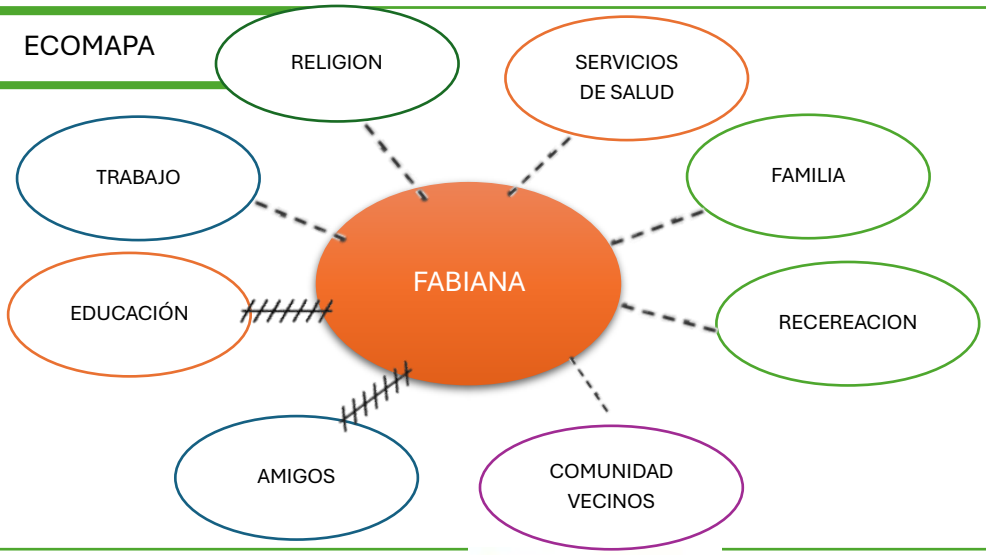
NOMBRE COMPLETO: FABIANA NOHEMI PADILLA LUBO
EDAD: 42 AÑOS
DOCUMENTO:PPT 5633637
EPS: COMPENSAR- CONTR
CELULAR: 3005003727
SECTOR EL CAMPIN
DIRECCION: CRA 4 #7-26

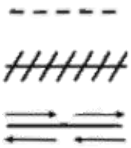


FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 11:30
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

XIMENA ERAZO

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

05 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

ELSA

PRIMER APELLIDO *

MORENO

SEGUNDO APELLIDO

NOVOA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

41716932

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

08 / 03 / 1956

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas 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: *

CUDRO VIRAL POR 7 DIAS, HOSPITALIZADA

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
- [x] 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 *

3142144071

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS CASA DE TIENDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

29 MUJER-28 MUJER

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

NIETA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PERSONA ADULTO MAYOR QUE TIENE UNA TIENDA EN SU CASA PARA GENERAR INGRESOS NO TIENE MAS INGRESOS, MUY SOLITARIA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, Y SE RECOMENDA REALIZARLOS AL AIRE LIBRE COMO PARQUES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR RUTINAS Y HABITOS EDUCADOS

FAMILIARES *

REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESOS MEDICOS Y HABITOS SALUDABLES EDUCADOS

INSTITUCIONALES *

INCRIBIRSE EN PROGRAMA DE ADULTO MAYOR

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

156

Peso

61

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

77

Saturación de oxigeno

91

Tensión arterial

128/72

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

85

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

Ningún archivo entregado

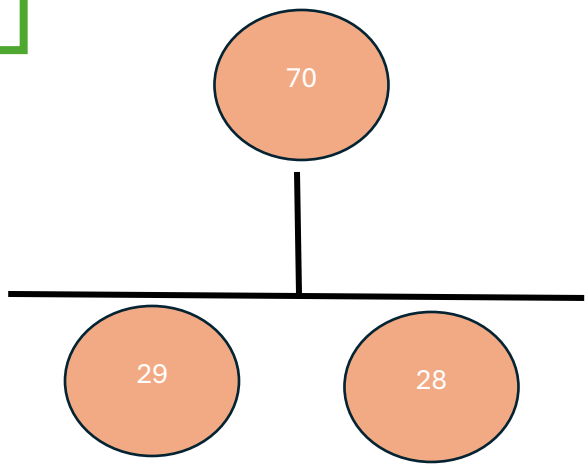
Crea tu propio formulario de Google
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: MARIA ELSA MORENO NOVOA
EDAD: 70AÑOS
DOCUMENTO: CC 41716932
EPS: FAMISANAR- SUB
CELULAR: 3142144071
SECTOR: LOS CAOBOS
VEREDA LA BALSA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 14:35
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

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

⚠ 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) - FAGUA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JHON

SEGUNDO NOMBRE

JAIRO

PRIMER APELLIDO *

MELO

SEGUNDO APELLIDO

MONTEALEGRE

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

16509664

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

25 / 12 / 1975

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

SEDENTARIO, HIPERTENSION ARTERIAL

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 *

- [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 *

3115779899

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

FAGUA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

TIENDA CAMPESINA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

15MUJER

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

PERSONA CON MALOS HABITOS LE GUSTA TOMAR BASTANTE LICOR Y FUMAR

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA VARIOS DIAGNOSTISCOS MEDICOS CRONICOS A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

EVITAR EL CONSUMO DE BEBEDAS ALCOHOLICAS Y CIGARRILLO

FAMILIARES *

REALIZAR PLANES Y RUTINAS SALUDABLES

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A CONTROLES MEDICOS EN EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS

Talla

166

Peso

78

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

78

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

139/87

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

92

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

Archivos enviados

15.1 CAROLINAGARZON ECOMAPA - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

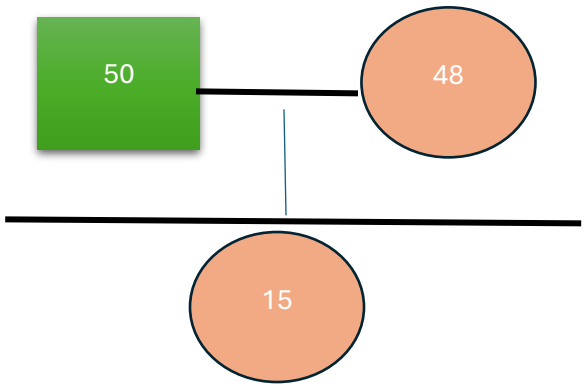
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

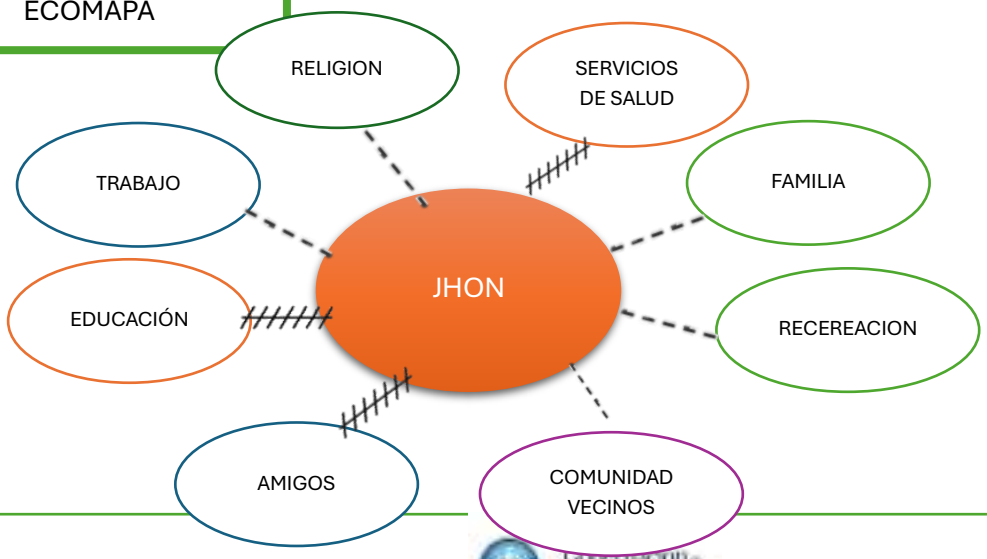
NOMBRE COMPLETO: JHON JAIRO MELO MONTEALEGRE
EDAD: 50 AÑOS
DOCUMENTO:CC 16509664
EPS: FAMISANAR- SUB
CELULAR: 3115779899
VEREDA: FAGUA
SECTOR: TIENDA CAMPESINA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 11:28
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

⚠ 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) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

CRISTINA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

CELIS

SEGUNDO APELLIDO

GUARIN

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

53910142

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

19 / 02 / 1984

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: *

CAMBIO DE VALVULA MITRAL, HIPERTENSION ARTERIAL PRE DIABETES

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes

- [x] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [x] Enfermedades cardíacas
- [ ] 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 *

3213056005

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

CENTRO

ZONA DE LA VIVIENDA *

URBANO

URBANO

TIPO DE DIRECCIÓN *

KR

NÚMERO DE LA DIRECCIÓN
EJEMPLO KR **14C**#9-34 EN ESTE CASO ES **14C**
*

14A

INFORMACIÓN DE CRUZE
EJEMPLO KR 14C#**9**-34 EN ESTE CASO ES **9**
*

10

NÚMERO DE CASA O FINAL
EJEMPLO KR 14C#9-**34** EN ESTE CASO ES **34**
*

41

COMPLEMENTO CARDINAL
EJEMPLO KR 14C#9-34 **NORTE** EN ESTE CASO ES **NORTE**

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

25 HOMBRE-22MUJER-17HOMBRE

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

PERSONA SENDENTARIA LA CUAL ES MUY SOLITARIA, TIENE SU PROPIO NEGOCIO PARA GENERAR INGRESOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA VARIOS DIAGNOSTISCOS

MEDICOS CRONICOS COMO HIPERTENSION ARTERIAL, REEMPLAZO DE VALVULA MITRAL, PREDIABETES Y OBSEDIDAD GRADO II. A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, Y SE RECOMENDA REALIZARLOS AL AIRE LIBRE COMO PARQUES ETC

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

INICIAR A REALIZAR ACTIVIDAD FISICA

FAMILIARES *

REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESOS MEDICOS Y HABITOS SALUDABLES EDUCADOS

INSTITUCIONALES *

SE BRINDA INFORMACION DE PUNTOS ESTRATEGICOS PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA COMO IMRD

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

157

Peso

92

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

77

Saturación de oxigeno

90

Tensión arterial

143/78

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

108

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

Archivos enviados

16.1 CAROLINA GARZON ECOMAPA - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

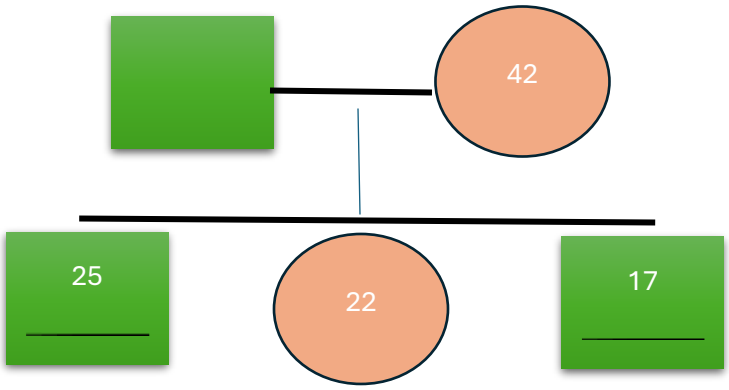
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

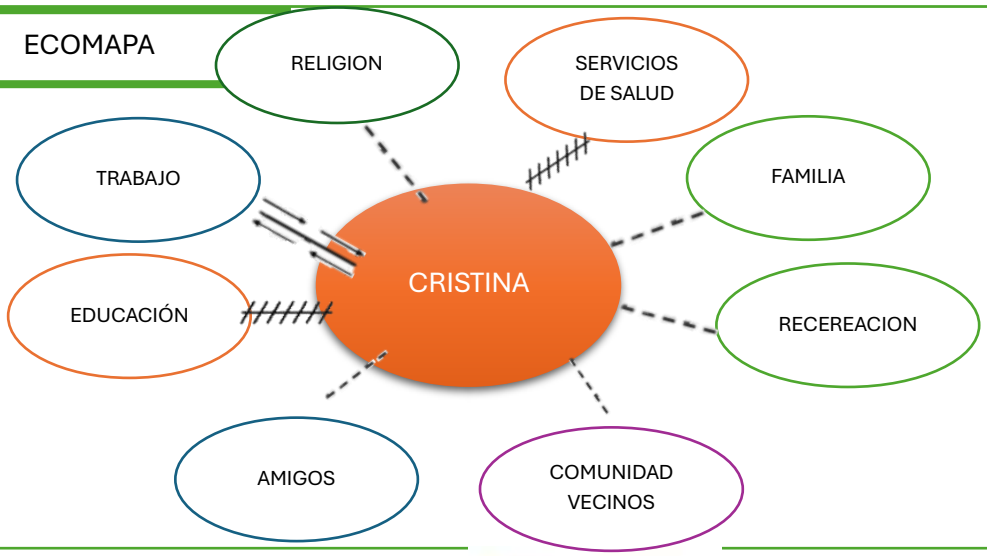
NOMBRE COMPLETO: CRISTINA CELIS GUARIN
EDAD: 42 AÑOS
DOCUMENTO:CC 53910142
EPS: FAMISANAR- CONTR
CELULAR:
VEREDA: CENTRO
SECTOR: CRA 14ª #10-41



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 11:48
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

XIMENA ERAZO

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

NELCY

PRIMER APELLIDO *

PEREZ

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

35379099

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

23 / 01 / 1984

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 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: *

OBESIDAD GRADO I HIPERTENSION ARTERIAL

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 *

- [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 *

3104887100

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

ENTRADA LOS HIGARRERO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

15MUJER-11HOMBRE

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PERSONA QUE NO ES MUY RECEPTIVA Y NO LE GUSTA HABLAR DE SUS ESTADO DE SALUD

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA VARIOS DIAGNOSTISCOS MEDICOS CRONICOS COMO HIPERTENSION ARTERIAL Y OBESIDAD GRADO I A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR LAS RUTINAS EDUCADAS, INCRIBIRSE EN GRUPOS DE ACTIVIDAD FISICA DEL IMRD.

FAMILIARES *

REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESOS MEDICOS Y HABITOS SALUDABLES EDUCADOS

INSTITUCIONALES *

SE BRINDA INFORMACION DE PUNTOS ESTRATEGICOS PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA COMO IMRD

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA NO RECEPTIVA LA CUAL NO PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

154

Peso

73

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

84

Saturación de oxigeno

91

Tensión arterial

129/79

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

108

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

Archivos enviados

17.1 CAROLINA GARZON ECOMAPA - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

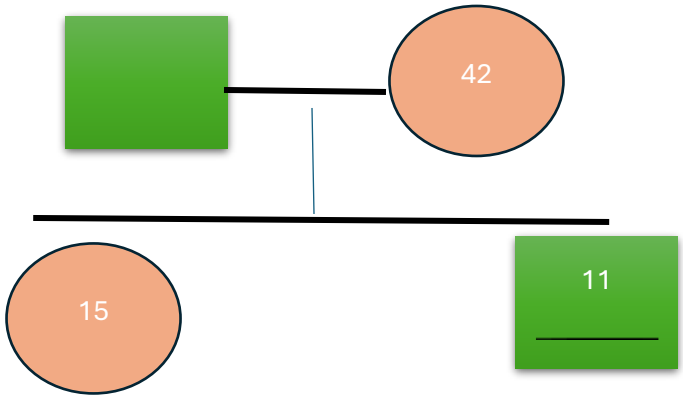
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

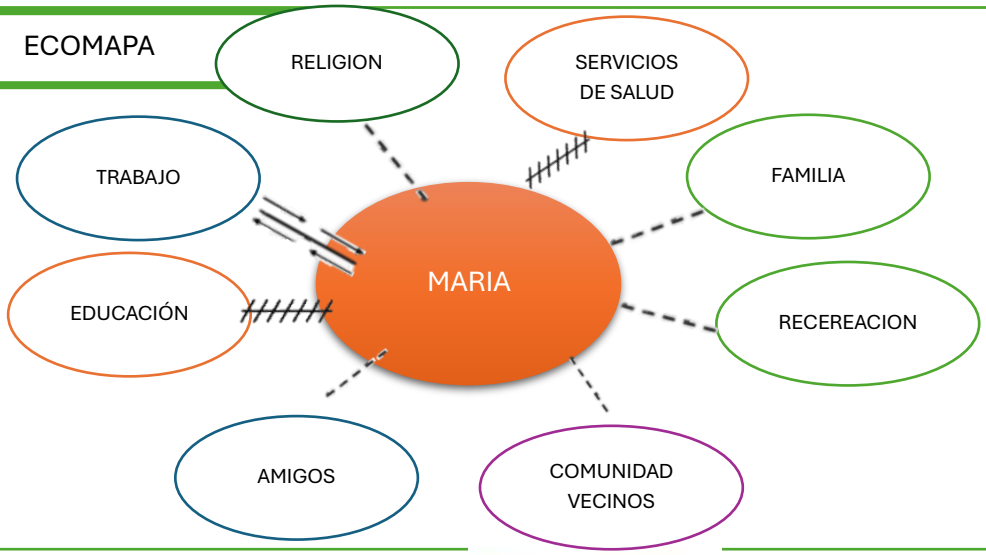
NOMBRE COMPLETO: MARIA CELCY PEREZ
EDAD: 42 AÑOS
DOCUMENTO:CC 35379099
EPS: SALUD TOTAL- CONTR
CELULAR: 3104887100
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: ENTRADA LOS HIGARRERO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 18 de febrero de 2026 a las 9:04
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

SANDRA OLARTE

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

RAFAEL

SEGUNDO NOMBRE

O

PRIMER APELLIDO *

ORTEGON

SEGUNDO APELLIDO

LANCHEROS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

17079730

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

22 / 06 / 1943

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

CANCER PROSTATICO, HIPOACUSIA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [x] 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 *

3107941422

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

ENTRADA LOS HIGARRERO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

VIUD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

39-MUJER

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

ADULTO MAYOR QUE VIVIE CON SU HIJA, PERMANECE SOLO MIENTRAS SU HIJA TRABAJA NO TIENE MAS RED DE APOYO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA VARIOS DIAGNOSTISCOS MEDICOS CRONICOS A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR RUTINAS DE EJERCICIO EDUCADAS

FAMILIARES *

REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESOS MEDICOS Y HABITOS SALUDABLES EDUCADOS

INSTITUCIONALES *

INCRIBIRSE EN GRUPOS DE ADULTO MAYOR DE IMRD

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

165

Peso

90

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

64

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

107/62

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

117

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

Archivos enviados

18.1 CAROLINA GARZON ECOMAPA - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

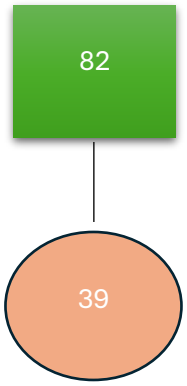
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

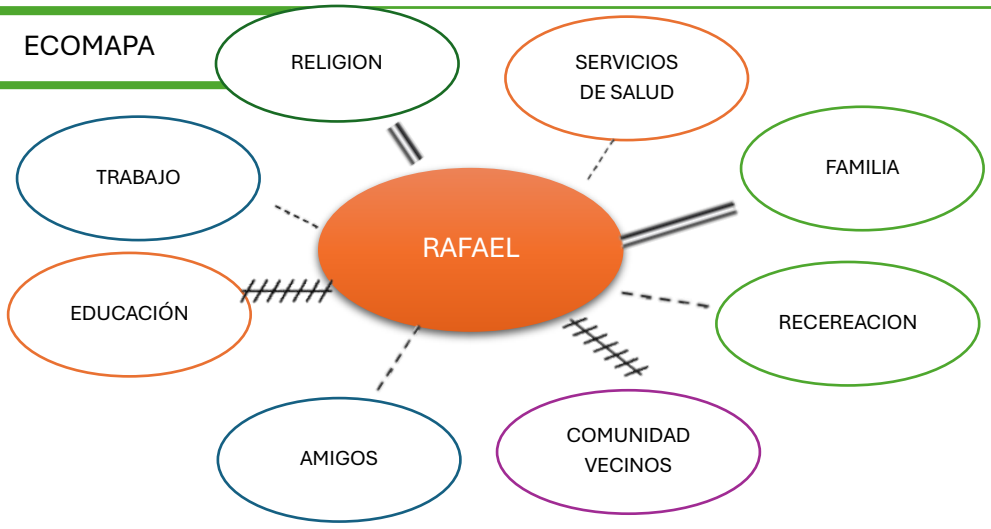
NOMBRE COMPLETO: JORGE IVAN ORJUELA REY
EDAD: 82 AÑOS
DOCUMENTO:CC 17079730
EPS: FAMISANAR - CONTIRBUTIVO
CELULAR: 3107941422
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: LOS HIGARRERO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 14:55
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

XIMENA ERAZO

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JOSE

SEGUNDO NOMBRE

VICENTE

PRIMER APELLIDO *

CANTOR

SEGUNDO APELLIDO

MORENO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

2994319

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

05 / 06 / 1960

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: *

FALLA CARDIACA, 3 INFARTOS, HIPERTENSION ARTERIAL, DIABESTES, OBESIDAD

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [x] Hipertenso y Diabético
- [x] 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 *

3173254681

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

ENTRADA LOS HIGARRERO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

34HOMBRE-33HOMBRE-29HOMBRE

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

ADULTO MAYOR CUIDADOR DE SU ESPOSA, PERMANECEN LOS DOS SOLOS, HIJO CONSUME SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA VARIOS DIAGNOSTISCOS MEDICOS CRONICOS A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, Y SE RECOMENDA REALIZARLOS AL AIRE LIBRE COMO PARQUES ETC

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR ACTIVIDAD FISICA Y CAMBIO DE HABITOS SALUDABLES

FAMILIARES *

REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESOS MEDICOS Y HABITOS SALUDABLES EDUCADOS

INSTITUCIONALES *

SE BRINDA INFORMACION DE PUNTOS ESTRATEGICOS PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA COMO IMRD Y ADULTO MAYOR

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

166

Peso

97

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

78

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

119/95

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

113

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

Archivos enviados

19.1 CAROLINA GARZON ECOMAPA - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

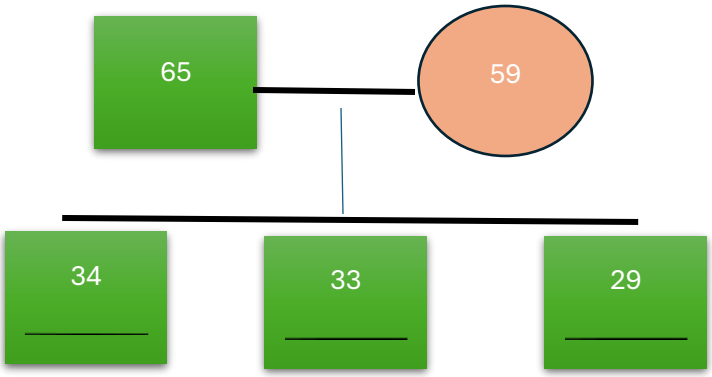
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

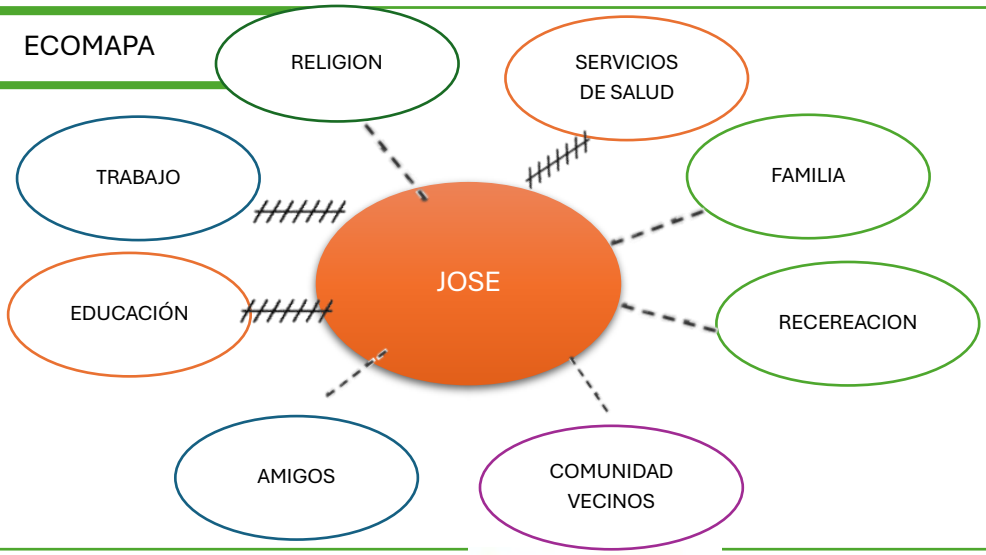
NOMBRE COMPLETO: JOSE VICENTE CANTOR MORENO
EDAD:65 AÑOS
DOCUMENTO:CC 2994319
EPS: SANITAS- CONTR
CELULAR: 3173254681
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: ENTRADA LOS HIGARRERO

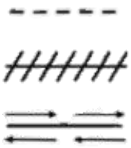


FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 15:15
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

SANDRA OLARTE

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

ZOE

- [x] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE

MERY

PRIMER APELLIDO *

GARZON

SEGUNDO APELLIDO

OLARTE

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

35473736

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

10 / 06 / 1966

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: *

INCONTINENCIA URINARIA, INFECCIONES URINARIAS A REPETICION

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

3203212830

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

ENTRADA LOS HIGARRERO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

34HOMBRE-33HOMBRE-29HOMBRE

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PERSONA LA CUAL SE SIENTE MUY AFECTADA POR TENER A REPETICION LAS INFECCIONES Y LA INCONTINENCIA URUNARIA MENIFIESTA SENTIRSE MUY AFECTADA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA VARIOS DIAGNOSTISCOS MEDICO COMO INCONTINENCIA URINARIA E INFECCIONES URINARIAS A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR EJECICIOS EDUCADOS DE FORTALECIMIENTO DE PISO PELVICO E HIGIENE

FAMILIARES *

REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESOS MEDICOS Y HABITOS SALUDABLES EDUCADOS

INSTITUCIONALES *

REALIZAR EXAMENES DE LABORATORIOS PENDIENTES POR EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

156

Peso

58

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

95

Saturación de oxigeno

91

Tensión arterial

153/95

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

74

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

Archivos enviados

20.1 CAROLINA GARZON ECOMAPA - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

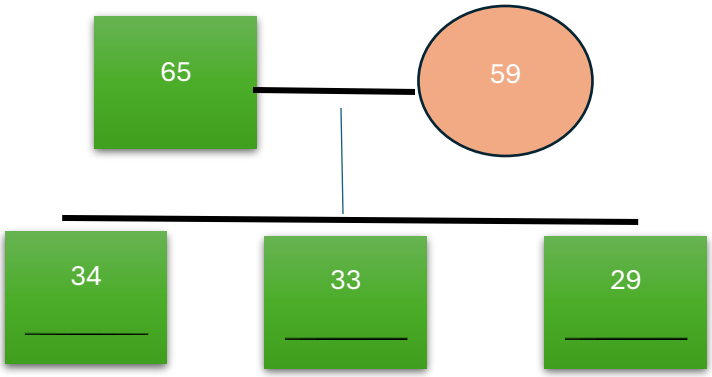
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: LUZ MERY GARZON OLARTE
EDAD:59 AÑOS
DOCUMENTO:CC 35473736
EPS: SANITAS- CONTR
CELULAR: 3203212830
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: ENTRADA LOS HIGARRERO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 15:29
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

XIMENA ERAZO

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ANA

SEGUNDO NOMBRE

MARIA

PRIMER APELLIDO *

SEGURA

SEGUNDO APELLIDO

HIGARRERO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072640459

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

02 / 03 / 1986

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: *

HIPERTENSION ARTERIAL

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 *

- [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 *

3124677583

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

ENTRADA DE LOS HIGARRERO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

10HOMBRE-1MUJER

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PERSONA SEDENTARIA, NO LE GUSTA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, ESTA SIEMPRE AL CUIDADO DE SUS HIJOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA VARIOS DIAGNOSTISCOS MEDICOS CRONICOS A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, Y SE RECOMENDA REALIZARLOS AL AIRE LIBRE COMO PARQUES ETC

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR ACTIVIDAD FISICA E IMPLIMENTAR HABITOS SALUDABLES

FAMILIARES *

REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESOS MEDICOS Y HABITOS SALUDABLES EDUCADOS

INSTITUCIONALES *

ASISTIR AL PROGRAMA DE CRONICOS DE EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

156

Peso

76

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

69

Saturación de oxigeno

95

Tensión arterial

110/69

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

93

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

Ningún archivo entregado

Crea tu propio formulario de Google

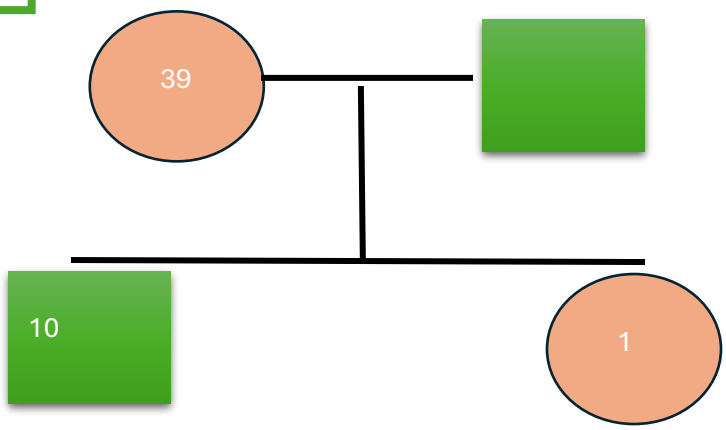
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: ANA MARIA SEGURA HIGARRERO
EDAD:39 AÑOS
DOCUMENTO:CC 1072640459
EPS: FAMISANAR- CONT
CELULAR: 3124677583
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: ENTRADA LOS HIGARRERO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 15:40
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ 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) - LA BALSA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

XIMENA ERAZO

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LEIDY

SEGUNDO NOMBRE

ALEJANDRA

PRIMER APELLIDO *

HIGARRERO

SEGUNDO APELLIDO

MARTINEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072665562

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

16 / 05 / 1992

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: *

BAJO PESO

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 *

3168165264

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

ENTREDA LOS HIGARRERO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PADRES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PERSONA QUE LE AFECTA EL NO PODER SUBIR DE PESO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR RUTINAS DE EJERCICIO EDUCADAS

FAMILIARES *

ACOMPAÑAMIENTO Y MOTIVACION EN EL PROCESO

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A GRUPOS REPRESENTAVOS Y CULTURALES IMRD CASA DE CULTURA

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

Talla

160

Peso

46

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

67

Saturación de oxigeno

91

Tensión arterial

127/79

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

61

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

Archivos enviados

22.2 CAROLINA GARZON ECOMPA - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

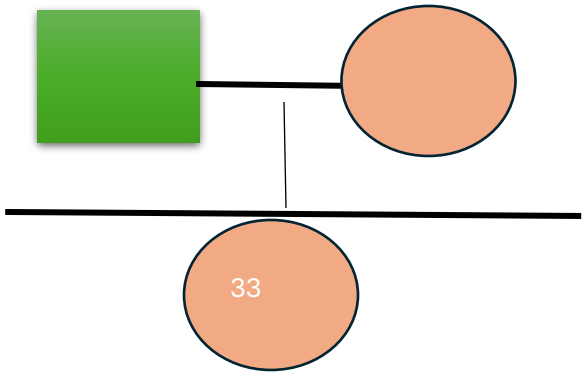
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: LEIDY ALEJANDRA HIGARRERO MARTINEZ
EDAD:33 AÑOS
DOCUMENTO:CC 1072665562
EPS: COMPENSAR- CONTR
CELULAR: 3168165264
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: ENTRADA LOS HIGARRERO

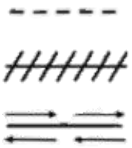


FAMILIOGRAMA

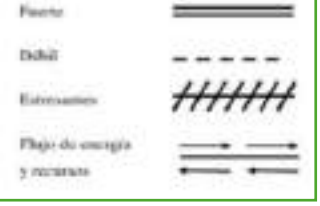


ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail

Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 18:35
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

⚠ 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) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

LYDA SIERRA

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

ZOE

- [x] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JUAN

SEGUNDO NOMBRE

SEBASTIAN

PRIMER APELLIDO *

LLANO

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072638977

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

12 / 10 / 2003

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

EPILEPSIA SINDROME CONVULSIVO

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 *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [x] 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 *

3144570396

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

CERCA A LA TIENDA CAMPESINA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMA Y HERMANO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ESTA TOTALMENTE AFECTADO POR NO PODER ASISTIR A LA FUNDACION DE DISCAPACIDAD, LE PEGA A LA MAMA CUANDO SE SIENTE ESTREADO O NO ESTA CON MEDICAMENTOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA CON DISCAPACIDAD DEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD EN LA CUAL PRESENTA DIAGNOSTISCOS MEDICO DE SINDROME CONVULSIVO Y PARALIS CEREBRAL A LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, ENTRE OTROS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

COLABORAR EN LOS EJERCICIOS Y RUTINAS

FAMILIARES *

REALIZAR EJERCICIOS DE MOVILIDAD Y CAMBIOS DE POSICION

INSTITUCIONALES *

ASISITIR CUANDO INICIE EL PROGRAMA DE DISCAPACIDAD DEL MUNICIPIO

Observaciones / hallazgos encontrados

SE EDUCA A LA MADRE Y SE SOCIALIZA EN IMPORTANCIA DE CAMBIOS DE POSICION Y MOVILIDAD COORPORAL

Talla

150

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

78

Saturación de oxigeno

90

Tensión arterial

129/89

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

70

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

Archivos enviados

23.1 CAROLINA GARZON ECOMAPA - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

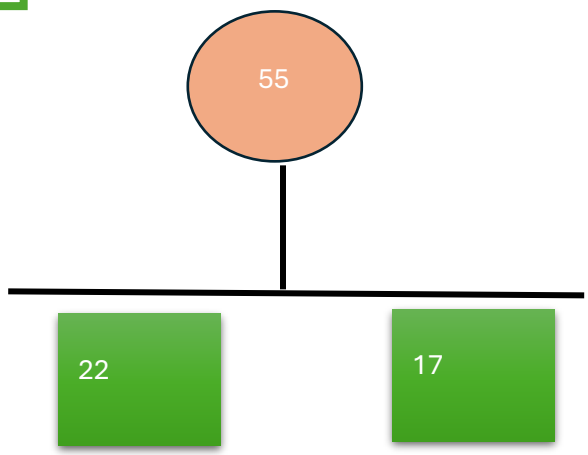
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: JUAN SEBASTIAN LLANO
EDAD:22 AÑOS
DOCUMENTO:CC 1072638977
EPS: FAMISANAR- CONTR
CELULAR: 3144570396
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: ANTES DE LA TIENDA CAMPESINA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail

Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>

Gracias por rellenar este formulario: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 18:52
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

⚠ 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) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

LYDA SIERRA

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

ZOE

- [x] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

CARMEN

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

CANASTO

SEGUNDO APELLIDO

RAMIREZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

35474838

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

27 / 08 / 1970

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: *

HERNIAS DISCALES

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
- [x] 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 *

3144570396

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

CERCA DE TIENDA CAMPESINA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

22HOMBRE-17HOMBRE

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

MUJER CABEZA DE FAMILIA, NO TIENE INGRESOS NI TRABAJO CUIDADORA DE PERSONA CON DISCAPACIDAD

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PERSONA QUE SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, ORIENTADA, INDEPENDIENTE PARA SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. SE EVALUA SU ESTADO Y CONDICIONES DE SALUD, LA CUAL SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS, Y SE RECOMENDA REALIZARLOS AL AIRE LIBRE COMO PARQUES ETC

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ACEPTAR VISITA DE PSICOLOGIA, REALIZAR RUTINA EDUCA

FAMILIARES *

REALIZAR ACOMPAÑAMIENTO EN PROCESOS MEDICOS Y HABITOS SALUDABLES EDUCADOS

INSTITUCIONALES *

TIENE PENDIENTE POR PARTE DE LA EPS UNA CITA CON ORTOPEDIA

Observaciones / hallazgos encontrados

PERSONA MUY RECEPTIVA LA CUAL PRESENTA INTERES EN SU ESTADO DE SALUD. SE LE BRINDA EDUCACION DE RUTINAS DE EJERCICIO ACORDE A SU ESTADO DE SALUD, SE LE EDUCA HABITOS Y CONDUNCTAS SALUDABLES COMO MOVILIDAD ARTICULAR, ESTIRAMIETOS Y RUTINAS DE EJERCICIOS CARDIORRESPIRATORIOS,

ENTRE OTROS.
TIENE DEPRESION Y LLORO DURANTE LA VISITA SE SIENTE MUY TRISTE POR SU SITUACION EN GENERAL

Talla

151

Peso

70

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

87

Saturación de oxigeno

91

Tensión arterial

96/68

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

94

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

Archivos enviados

24.1 CAROLINA GARZON ECOMAPA - Carolina Garzon Bueno.pdf

Crea tu propio formulario de Google

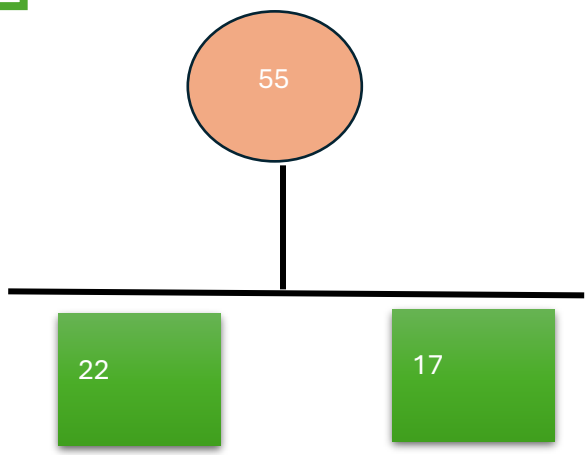
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

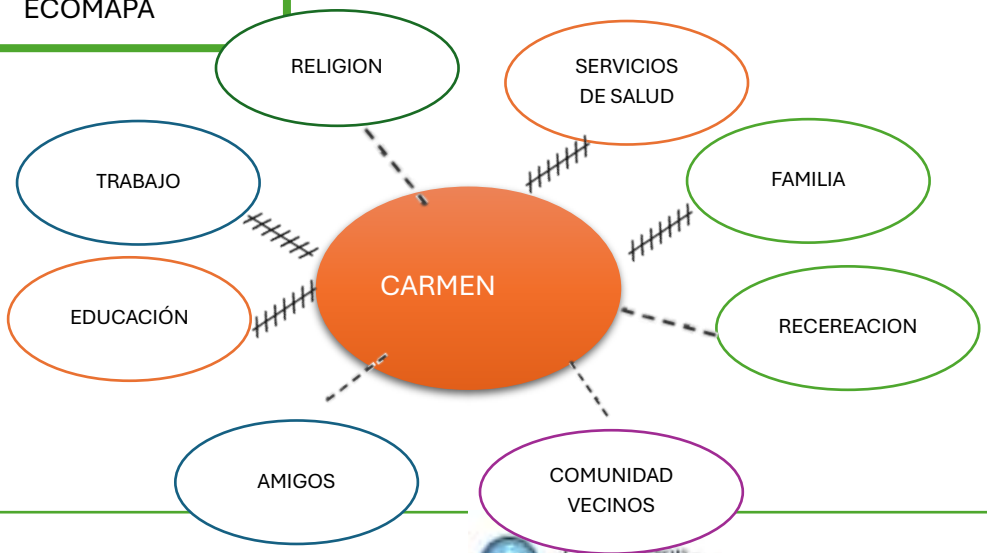
NOMBRE COMPLETO: CARMEN CANASTO RAMIREZ
EDAD:22 AÑOS
DOCUMENTO:CC 35474838
EPS: FAMISANAR- SUBS
CELULAR: 3144570396
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: ANTES DE LA TIENDA CAMPESINA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail **Carolina Garzon Bueno <carogarzonb@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 17 de febrero de 2026 a las 18:39
Para: carogarzonb@gmail.com

Google Forms

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

⚠ 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) - FAGUA

Correo *

carogarzonb@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

EDUCAR Y SENSIBILIZAR EN PRÁCTICAS DE CONDUCTA SALUDABLES PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

ZOE

- [x] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MIGUEL

SEGUNDO NOMBRE

ALFONSO

PRIMER APELLIDO *

BOSSA

SEGUNDO APELLIDO

JUNCA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

215085

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

27 / 08 / 1940

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION ARTERIAL, ARTROSIS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso