SEGUNDO APELLIDO

IQUIRA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

1072675044

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

06 / 12 / 1999

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años )

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

PUERPERA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

## POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3229058801

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 *

DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H4AÑOS, H4 MESES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

USUARIA EN PUERPERIO, SE EVIDENCIA RED DE APOYO ACTIVA.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA VALORACION, SE EVIDENCIA ADECUADAS TECNICAS DE LACTANCIA MATERNA, NO REFIERE INCONVENIENTES. SE CONTROLAN SIGNOS VITALES.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.50

Peso

71

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

92

Saturación de oxigeno

96%

Tensión arterial

114/82

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

96

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

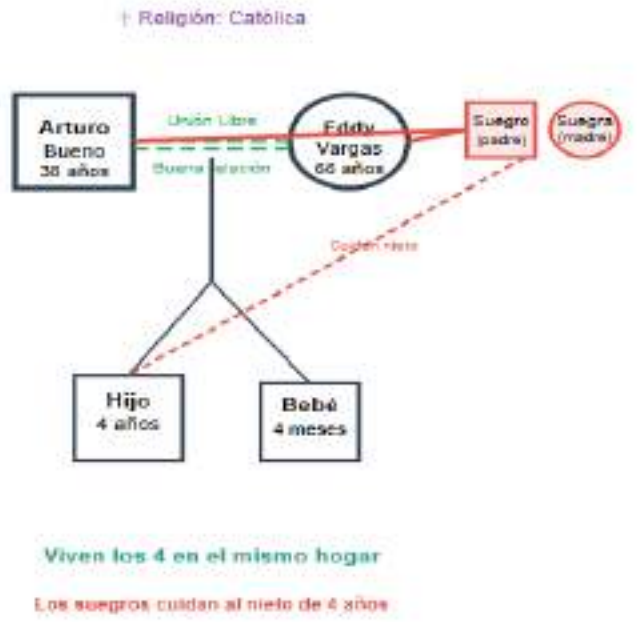
Archivos enviados

4. EIDI VARGAS IQUIRA - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA

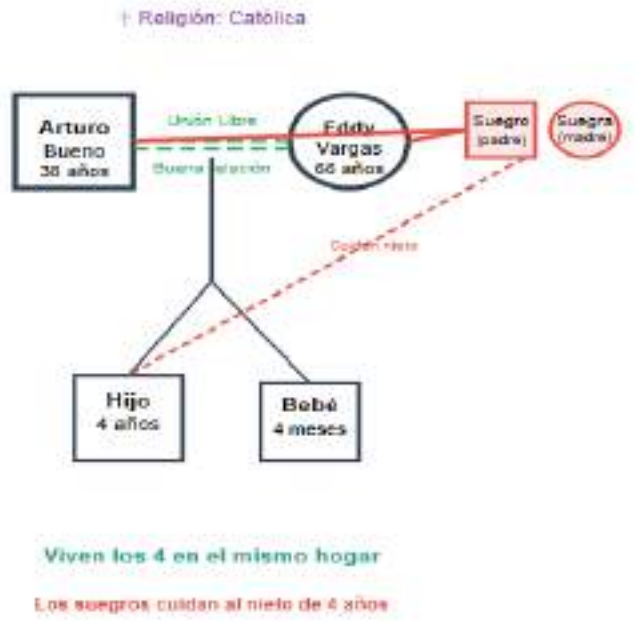



**NOMBRES Y APELLIDOS:** EDDY VARGAS IQUIRA
**EDAD:** 26 AÑOS
**DOCUMENTO:** 1072675044
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:** 3229058801
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS

## 2. ECOMAPA



## 1. FAMILIOGRAMA

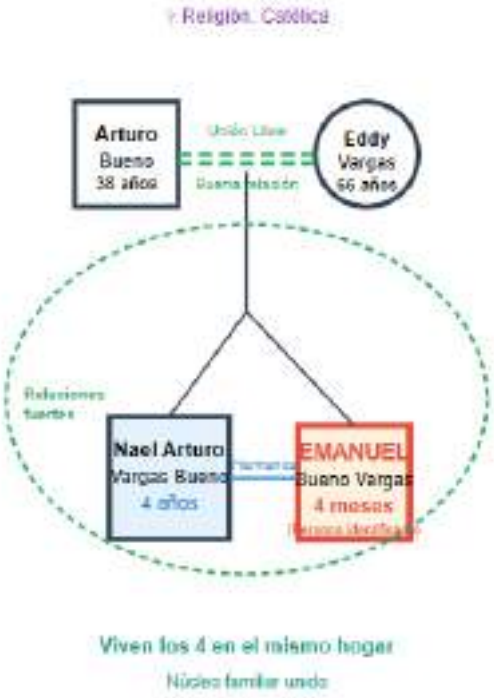



**NOMBRES Y APELLIDOS:** EDDY VARGAS IQUIRA
**EDAD:** 26 AÑOS
**DOCUMENTO:** 1072675044
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:** 3229058801
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS

## 2. ECOMAPA

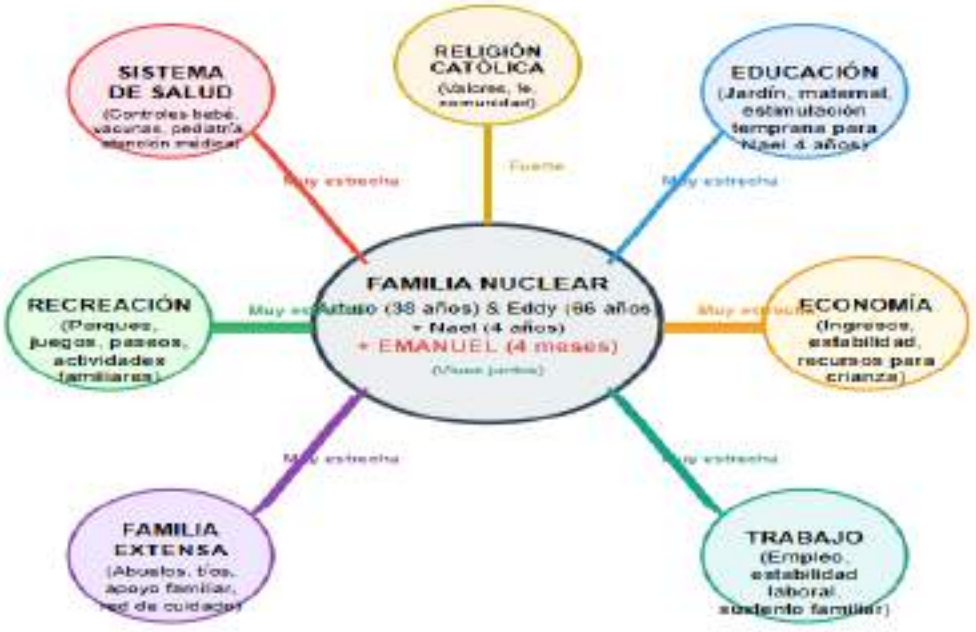


## 1. FAMILIOGRAMA

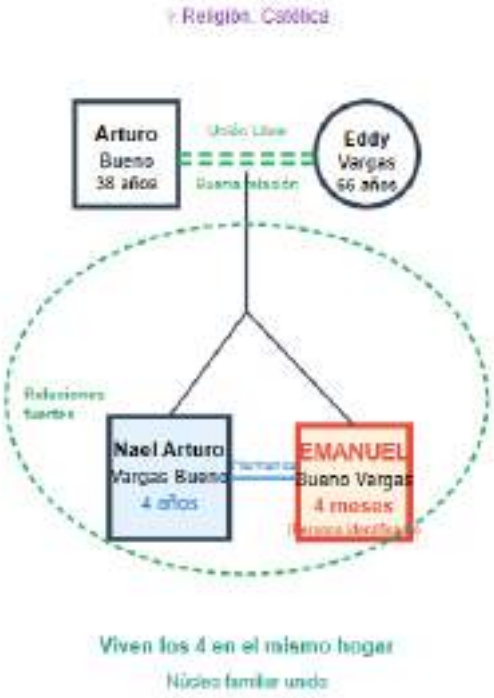



**NOMBRES Y APELLIDOS:** EMANUEL ARTURO BUENO
**EDAD:** 4 MESES
**DOCUMENTO:** RC 1072683217
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:**3229058801
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS

## 2. ECOMAPA

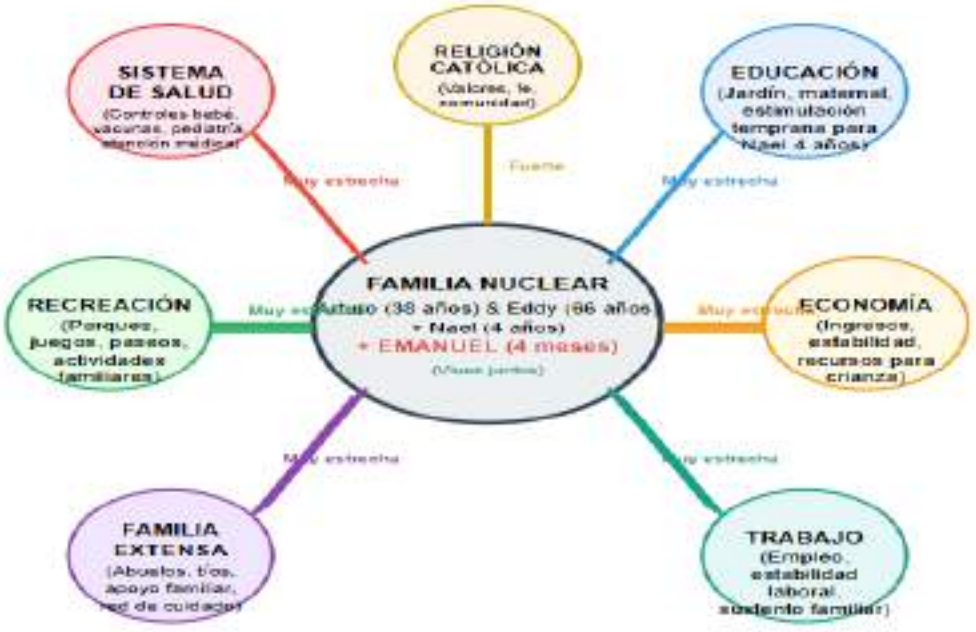


## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** EMANUEL ARTURO BUENO
**EDAD:** 4 MESES
**DOCUMENTO:** RC 1072683217
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:**3229058801
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS

## 2. ECOMAPA



Gmail **ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 20 de febrero de 2026 a las 9:53
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

02 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

NAEL

SEGUNDO NOMBRE

ARTURO

PRIMER APELLIDO *

BUENO

SEGUNDO APELLIDO

VARGAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

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

1072678556

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

04 / 02 / 2026

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

NAEL

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

ARTURO

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

BUENO

SEGUNDO
APELLIDO ACUDIENTE

VARGAS

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3229058801

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NIEGA

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 *

32290558801

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 *

DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO FUERTE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

VALORACION INICIAL, CONTROL DE SIGNOS VITALES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA INFORMACION A LA MADRE D EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS .

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

103

Peso

18

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

110

Saturación de oxigeno

94%

Tensión arterial

Perímetro braquial

17

Perímetro abdominal

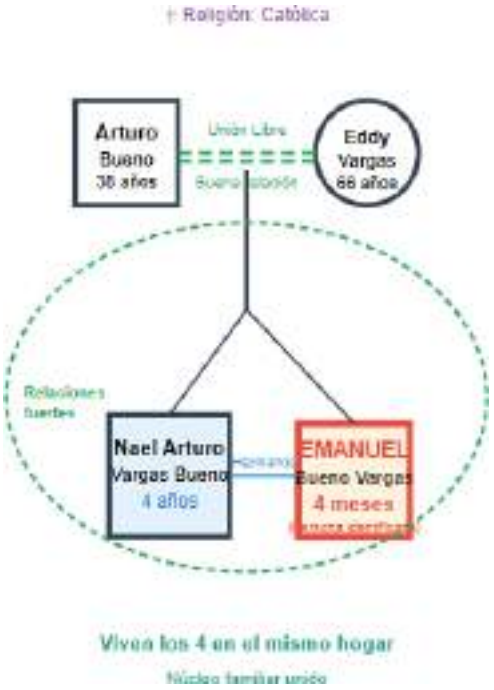
**EVIDENCIAS** - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Ningún archivo entregado

Crea tu propio formulario de Google

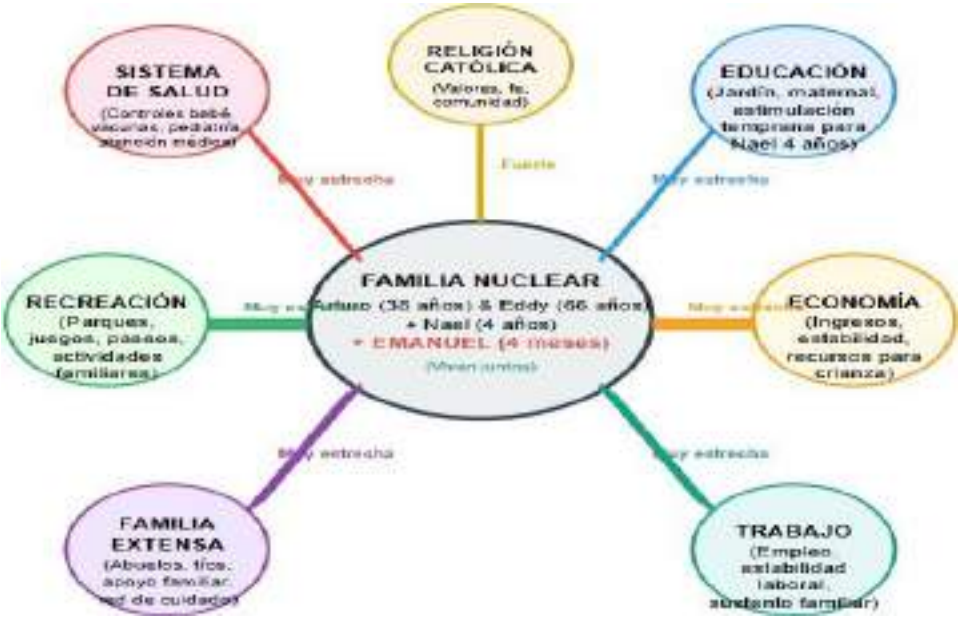
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** EMANUEL ARTURO BUENO
**EDAD:** 4 MESES
**DOCUMENTO:** RC 1072683217
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:**3229058801
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS

## 2. ECOMAPA



Gmail **ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 20 de febrero de 2026 a las 11:39
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

04 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ANDREA

SEGUNDO NOMBRE

YISETH

PRIMER APELLIDO *

ROMERO

SEGUNDO APELLIDO

CASALLAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

1077143078

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

05 / 05 / 2005

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años )

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NIEGA

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 *

3212221443

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 *

DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

USUARIA SANA, RED DE APOYO SOLIDA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIAZA VALORACION, SE CONTROLAN SIGNOS VITALES, USUARIA SANA

## PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS CON EL PROGRAMA DE CRONICOS.

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.56

Peso

45

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

77

Saturación de oxigeno

96%

Tensión arterial

133/77

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

70

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

Archivos enviados

7. ANDREA YISETH ROMERO - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

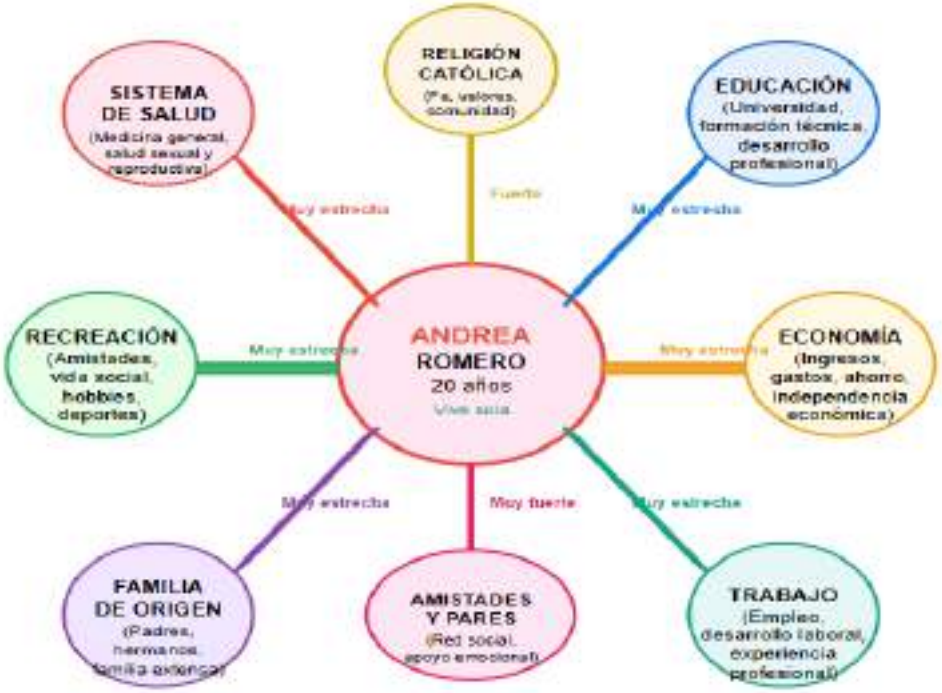
# EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
# HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA
# NIT. 899.999.156-1

## 1. FAMILIOGRAMA

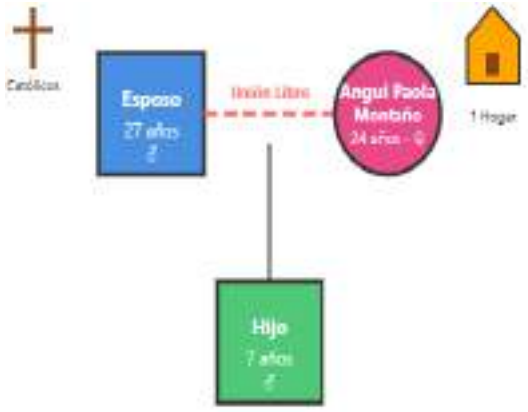



**NOMBRES Y APELLIDOS:** ANDREA YISETH ROMERO CASALLAS
**EDAD:** 20 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC 1077143078
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:**3229058801
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

## 2. ECOMAPA



## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** ANGUIE PAOLA MONTAÑO MOYA
**EDAD:** 24 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC 1007498067
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:**3138561220
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

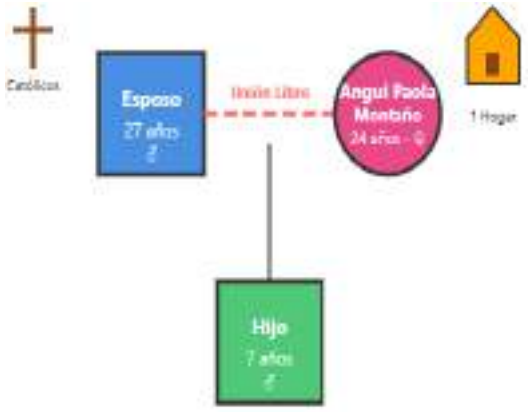
## 2. ECOMAPA




### SIMBOLOGIA



## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** ANGUIE PAOLA MONTAÑO MOYA
**EDAD:** 24 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC 1007498067
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:**3138561220
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

## 2. ECOMAPA




### SIMBOLOGIA



Gmail **ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 20 de febrero de 2026 a las 12:12
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

SANDRA OLARTE

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LIHAM

SEGUNDO NOMBRE

DAVID

PRIMER APELLIDO *

TORRES

SEGUNDO APELLIDO

MONTAÑO

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

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

1069268001

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

07 / 02 / 2019

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

ANGUI

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

PAOLA

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

MONTAÑO

SEGUNDO
APELLIDO ACUDIENTE

MAYA

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3138561220

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NIEGA

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 *

3112005066

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 *

DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO SOLIDA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PENDIENTE DESPARASITACION

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.18

Peso

22

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

90

Saturación de oxigeno

96%

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

.....

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

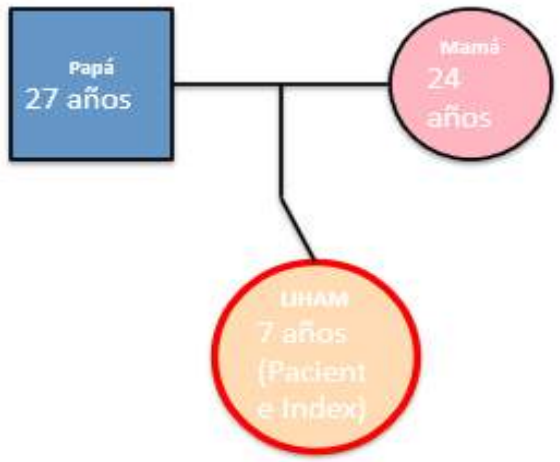
Archivos enviados

PDF 9. LIHAM DAVID TORRES - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

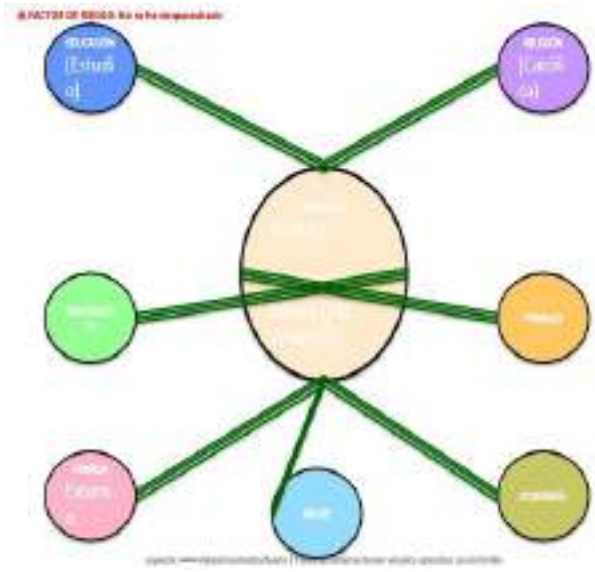
## 1. FAMILIOGRAMA

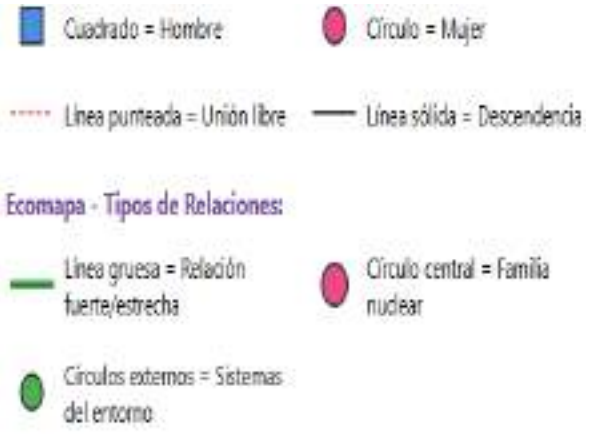



**NOMBRES Y APELLIDOS:** LIHAM DAVID TORRES MONTAÑO
**EDAD:** 7 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC 1069268001
**EPS:** COMPENSAR
**CELULAR:**3112005066
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

**SIMBOLOGIA**

## 2. ECOMAPA





## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** CARLOS EDUARDO LOPEZ ERAZO
**EDAD:** 44 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC 1072661505
**EPS:** COMPENSAR
**CELULAR:**3228104098
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

## 2. ECOMAPA



Gmail **ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 20 de febrero de 2026 a las 12:28
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

SANDRA OLARTE

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

10 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

CARLOS

SEGUNDO NOMBRE

EDUARDO

PRIMER APELLIDO *

LOPEZ

SEGUNDO APELLIDO

ERAZO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

1072661505

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

04 / 08 / 1991

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NIEGA

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 *

3228104098

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 *

DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

M11, M7

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO SOLIDA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

VALORACION Y CONTROL DE SIGNOS VITALES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.72

Peso

74

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

70

Saturación de oxigeno

96%

Tensión arterial

143/81

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

78

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

Archivos enviados

10. CARLOS EDUARDO LOPEZ - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** CARLOS EDUARDO LOPEZ ERAZO
**EDAD:** 44 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC 1072661505
**EPS:** COMPENSAR
**CELULAR:**3228104098
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

## 2. ECOMAPA



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 20 de febrero de 2026 a las 18:29
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

SANDRA OLARTE

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ANA

SEGUNDO NOMBRE

LUCIA

PRIMER APELLIDO *

LOPEZ

SEGUNDO APELLIDO

BUENO

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

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

1072712517

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

CARLOS

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

EDUARDO

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

LOPEZ

SEGUNDO
APELLIDO ACUDIENTE

ERAZO

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3228104098

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: *

NIEGA

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 *

3228104098

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 *

DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO SOLIDA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

VALORACION, CONTROL DE SIGNOS VITALES Y CANALIZACION A PAI

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

## FAMILIARES *

FAMILIARES
SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

## INSTITUCIONALES *

FAMILIARES SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

Observaciones / hallazgos encontrados

P/VACUNA DE VPH

Talla

1.47

Peso

42

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

90

Saturación de oxigeno

94%

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

121

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

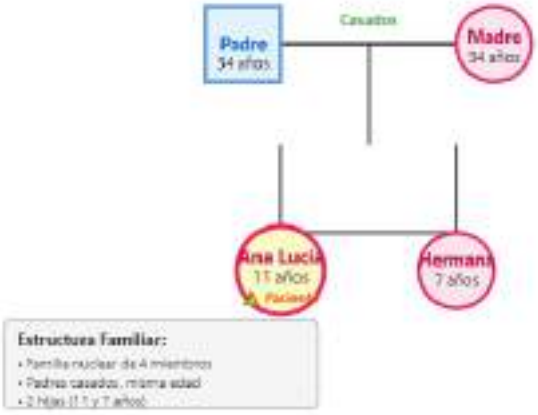
Archivos enviados

11. ANA LUCIA LOPEZ ERAZO - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

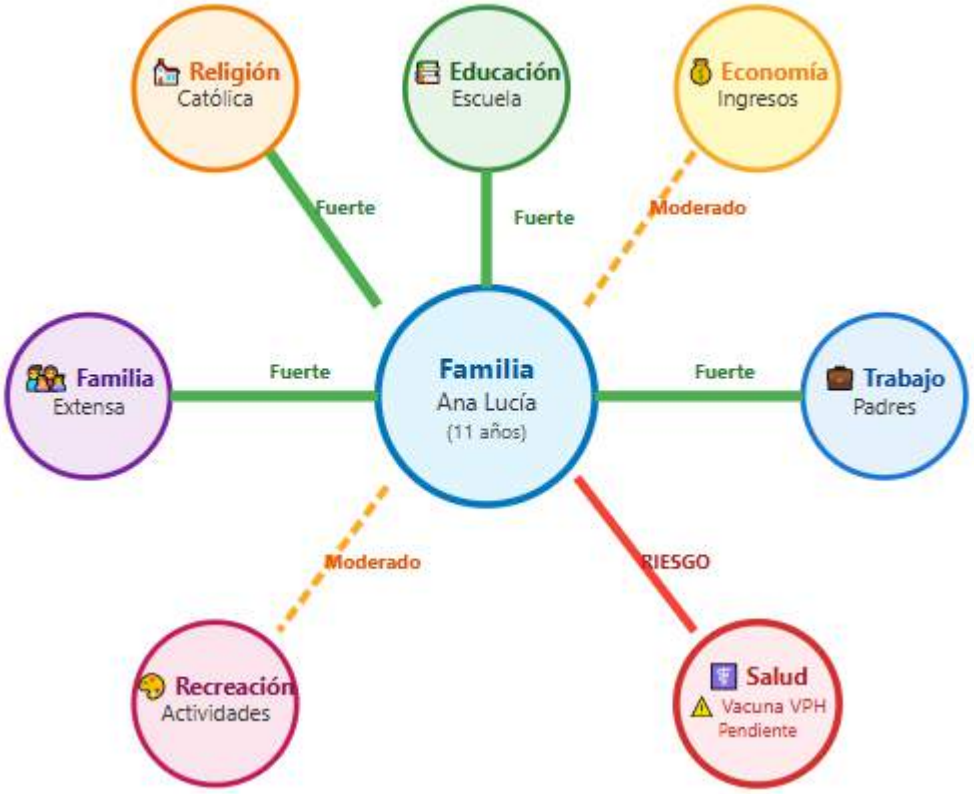
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** ANA LUCIA LOPEZ BUENO
**EDAD:** 11 AÑOS
**DOCUMENTO:** TI 1072712517
**EPS:** COMPENSAR
**CELULAR:**3228104098
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

## 2. ECOMAPA



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 20 de febrero de 2026 a las 18:50
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

05 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ELIZA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

EDEGUA

SEGUNDO APELLIDO

BELTRAN

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

68302517

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

14 / 06 / 1966

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Régimen_de_excepción_especial

EPS *

Dirección de Sanidad Policía Nacional

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Ponal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

CX DE CORAZON ABIERTO

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 *

DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H 27, H25

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO SOLIDA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

VALORACION, EDUCACION, CONTROL DE SIGNOS VITALES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

Talla

1.50

Peso

66

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

83

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



## 1. FAMIOLIOGRAMA







**NOMBRES Y APELLIDOS:** ELIZA EDUGUA BELTRAN
**EDAD:** 59 AÑOS
**DOCUMENTO:** 68302517
**EPS:** SANIDAD MILITAR
**CELULAR:** 3008717162
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS

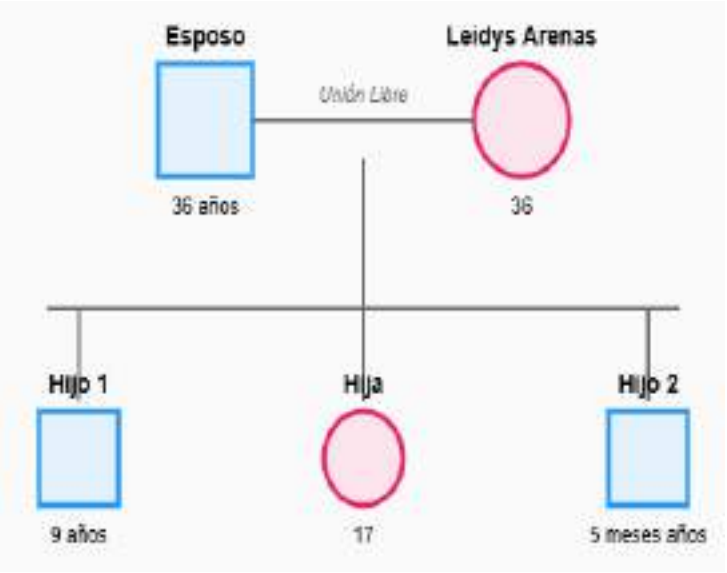
## 2. ECOMAPA








## 1. FAMIOLIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** LEIDYS ARENA LOZANO
**EDAD:** 36 AÑOS
**DOCUMENTO:** 1007574112
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:** 3504179371
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS

## 2. ECOMAPA




| | |
|---|---|
| ——— **Línea gruesa** | Relación estrecha/fuerte |
| ○ **Centro** | Núcleo familiar |
| ○ **Exterior** | Sistemas externos de apoyo |

Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 20 de febrero de 2026 a las 19:01
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

05 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LEIDYS

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

ARENAS

SEGUNDO APELLIDO

LOZANO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

1007574112

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

30 / 11 / 1989

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NIEGA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

## POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3504179371

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 *

DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H 9, H 5MESES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO SOLIDA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

Observaciones / hallazgos encontrados

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

Talla

1.61

Peso

66

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

83

Saturación de oxigeno

96%

Tensión arterial

124/85

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

75

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

Archivos enviados

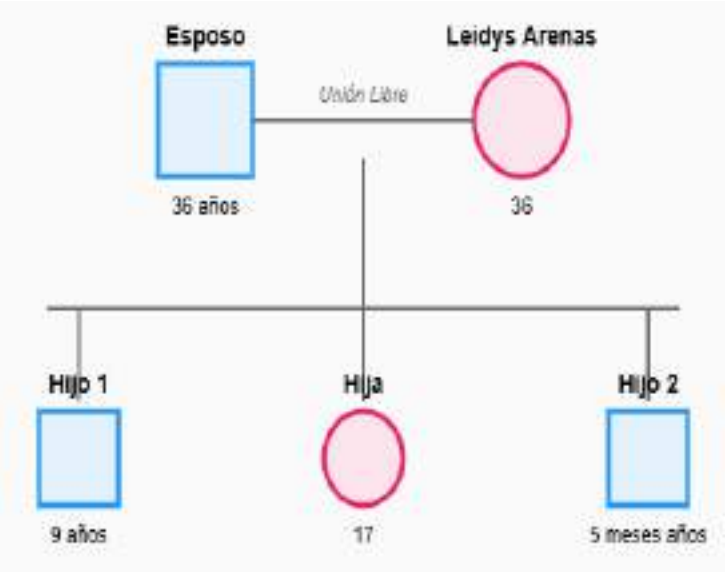
13. LEIDYS ARENAS - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe



## 1. FAMIOLIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** LEIDYS ARENA LOZANO
**EDAD:** 36 AÑOS
**DOCUMENTO:** 1007574112
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:** 3504179371
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS

## 2. ECOMAPA




| | |
|---|---|
| ——— **Línea gruesa** | Relación estrecha/fuerte |
| ○ **Centro** | Núcleo familiar |
| ○ **Exterior** | Sistemas externos de apoyo |

Gmail **ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 20 de febrero de 2026 a las 19:53
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

05 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

HANNA

SEGUNDO NOMBRE

VALERIA

PRIMER APELLIDO *

ORTEGA

SEGUNDO APELLIDO

ARENAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

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

1072683194

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

05 / 02 / 2026

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LEIDYS

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

.

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

ARENAS

SEGUNDO
APELLIDO ACUDIENTE

LOZANO

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3504179371

## DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NIEGA

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 *

3504179371

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 *

DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PADRES Y HERMANOS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO SOLIDA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

P/VACUNAS DE 6 MESES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

Talla

66

Peso

8

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

100

Saturación de oxigeno

96%

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

.....

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

Archivos enviados

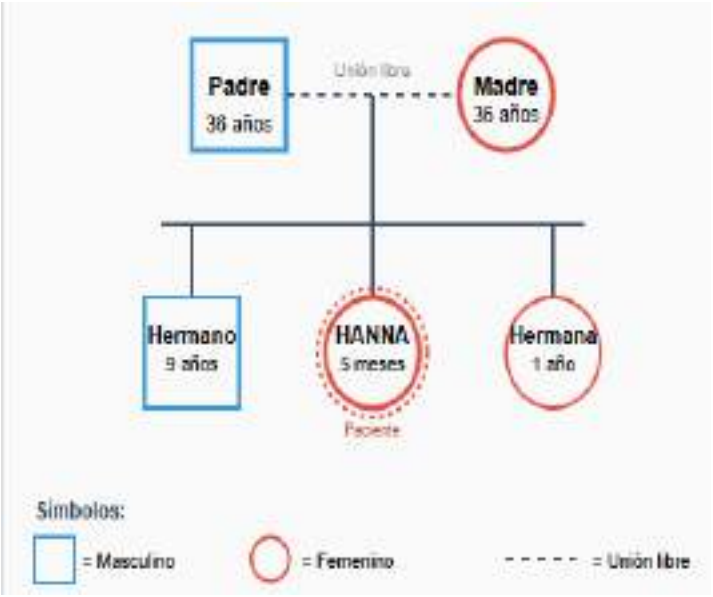
PDF 14. HANNA ORTEGA - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe



**1. FAMIOLIOGRAMA**




**NOMBRES Y APELLIDOS:** HANNA VALERIA ORTEGA
**EDAD:** 5 MESES
**DOCUMENTO:** 1072683194
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:** 3504179371
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS

**2. ECOMAPA**




**Tipo de líneas:** Líneas gruesas = relaciones estrechas/fuertes

**Sistemas:** 7 sistemas externos con vínculos fuertes

**Análisis:** Familia bien integrada con sólida red de apoyo en todas las áreas vitales

Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 20 de febrero de 2026 a las 20:04
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

05 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUIS

SEGUNDO NOMBRE

MARIO

PRIMER APELLIDO *

ORTEGA

SEGUNDO APELLIDO

ARENAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

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

1072717280

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

12 / 03 / 2016

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

## DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LEIDIS

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

LOZANO

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

.

SEGUNDO
APELLIDO ACUDIENTE

ARENA

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3504179371

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NIEGA

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 *

3504179371

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 *

DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO SOLIDA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIO E/E DE AUTISMO, HIPERACTIVIDAD, DEFICIT DE ATENCION.

Talla

1.36

Peso

28

Frecuencia respiratoria

16

Frecuencia cardiaca

85

Saturación de oxigeno

95%

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

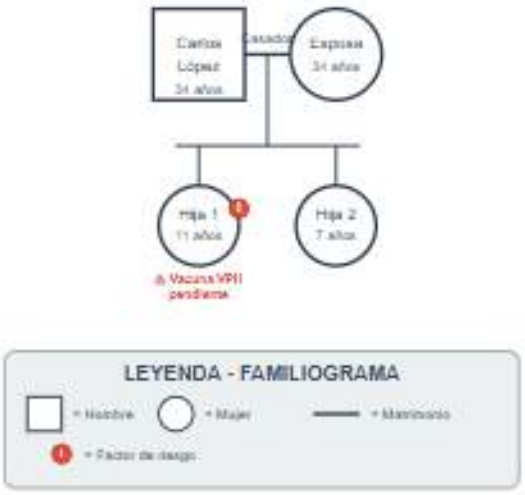
**EVIDENCIAS** - Familiograma - ecomapa - foto de la visita en PDF

Archivos enviados

15. LUIS MARIO ORTEGA - ANGELICA RIVERA.pdf

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

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** LUIS MARIO ORTEGA ARENAS
**EDAD:** 9 AÑOS
**DOCUMENTO:** TI 1072717282
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:**3222340656
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

## 2. ECOMAPA



Gmail **ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 20 de febrero de 2026 a las 20:13
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

SANDRA OLARTE

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 02 / 2026

## 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)

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: *

SOBREPESO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

## 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 *

DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

SOBREPESO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

RED DE APOYO SOLIDA

Talla

1.50

Peso

86

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

108

Saturación de oxigeno

94%

Tensión arterial

140/96

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

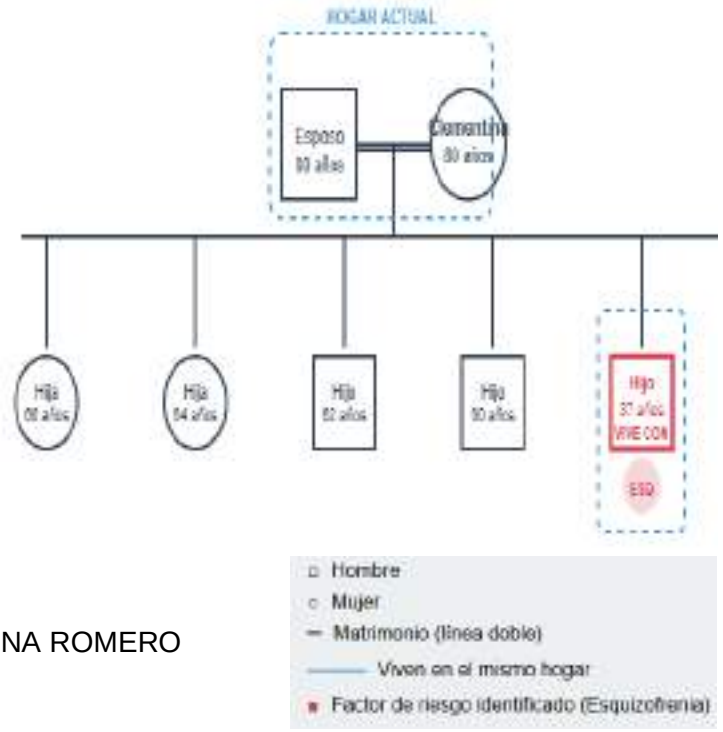
16. CLEMENTINA ROMERO - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

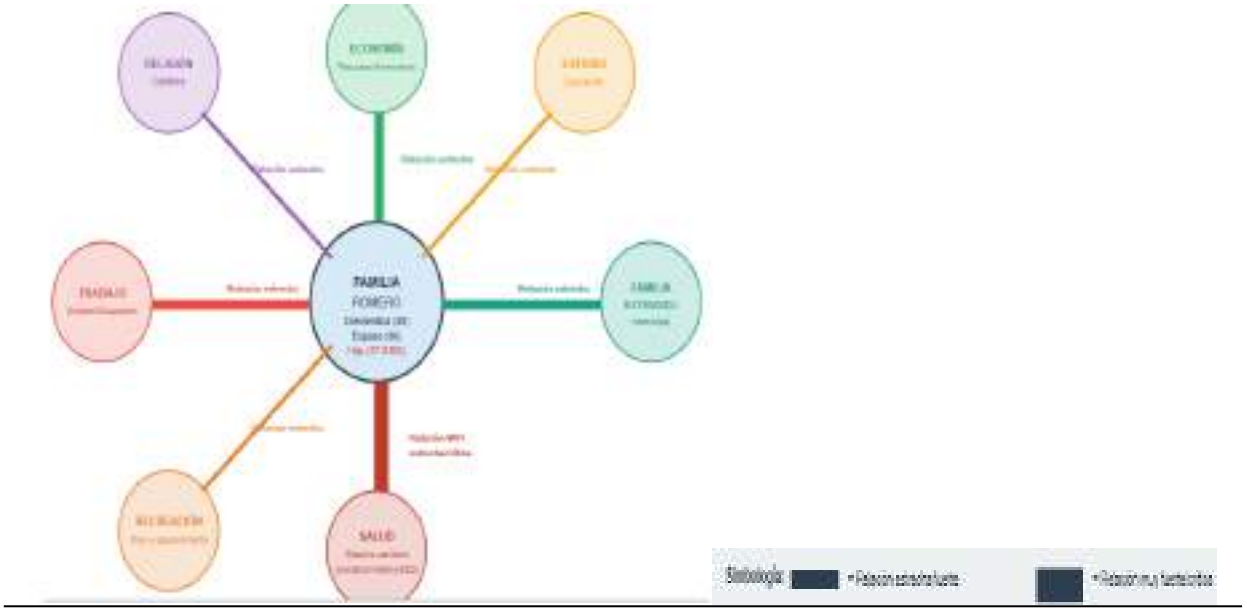


**1. FAMIOLIOGRAMA**




**NOMBRES Y APELLIDOS:** CLEMENTINA ROMERO
**EDAD:** 80 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC 23983160
**EPS:** SANITAS
**CELULAR:** 3008717162
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS

**2. ECOMAPA**



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 20 de febrero de 2026 a las 20:27
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

SANDRA OLARTE

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 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: *

USURIO CRONICO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

## 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 *

DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H 63, H65, M66,M68

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO SOCILIDA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

VALORACION, CANALIZACION, CONTROL DE SIGNOS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS CON EL PROGRAMA DE CRONICOS.

Observaciones / hallazgos encontrados

USUARIO CRONICO, OXIGENO REQUIRIENTE POR CANULA NASAL. SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

Talla

1.60

Peso

70

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

101

Saturación de oxigeno

89

Tensión arterial

112/61

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

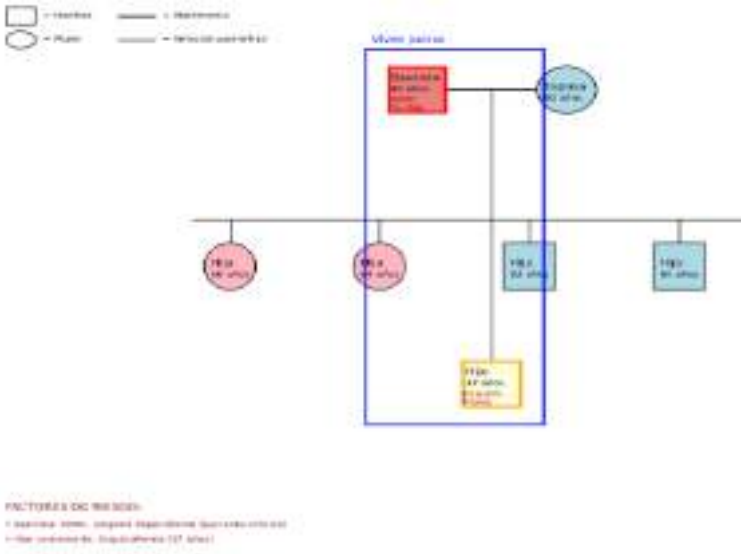
17. BAUTISTA PAEZ - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe



**1. FAMIOLIOGRAMA**



**NOMBRES Y APELLIDOS:** BAUTISTA PAEZ
**EDAD:** 80 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC 4226004
**EPS:** SANITAS
**CELULAR:** 3008717162
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS

**2. ECOMAPA**



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 20 de febrero de 2026 a las 20:39
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

SANDRA OLARTE

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

EDILSON

SEGUNDO NOMBRE

YOANE

PRIMER APELLIDO *

PAEZ

SEGUNDO APELLIDO

ROMERO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

1072644936

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

10 / 10 / 1987

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: *

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, DISCAPACIDAD POR RETRAZO MENTAL MODERADO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

## 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 *

DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PADRES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO SOLIDA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS CON EL PROGRAMA DE CRONICOS.

Observaciones / hallazgos encontrados

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

Talla

1.60

Peso

70

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

83

Saturación de oxigeno

95%

Tensión arterial

124/79

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

70

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

Archivos enviados

18. EDILSON PAEZ - ANGELICA RIVERA.pdf

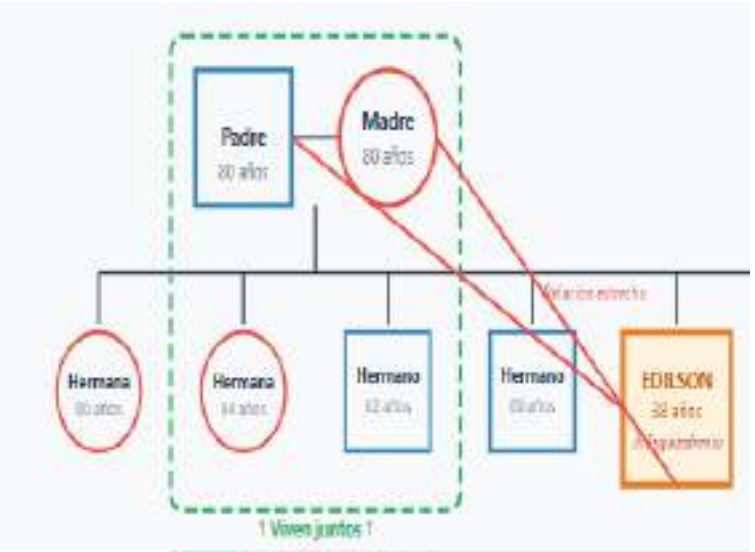
Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe



**NOMBRES Y APELLIDOS:** EDILSON YOANE PAEZ ROMERO
**EDAD:** 38 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC 1072644936
**EPS:** FAMISANAR
**CELULAR:** 3008717162
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS

**1. FAMIOLIOGRAMA**

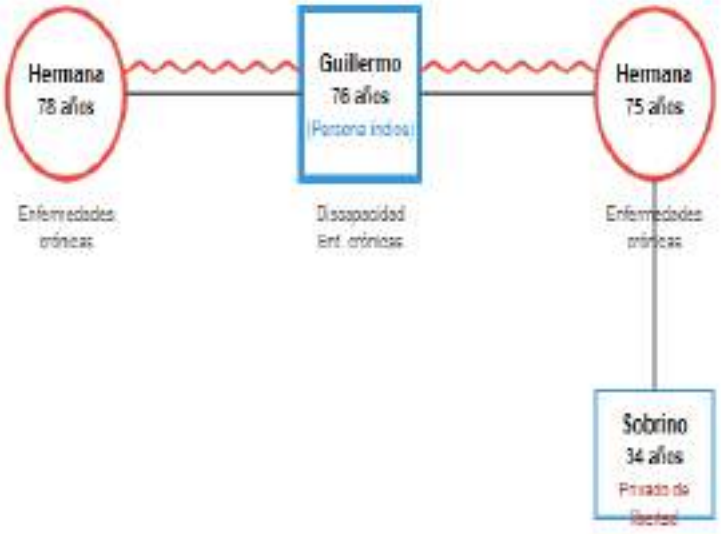



**2. ECOMAPA**



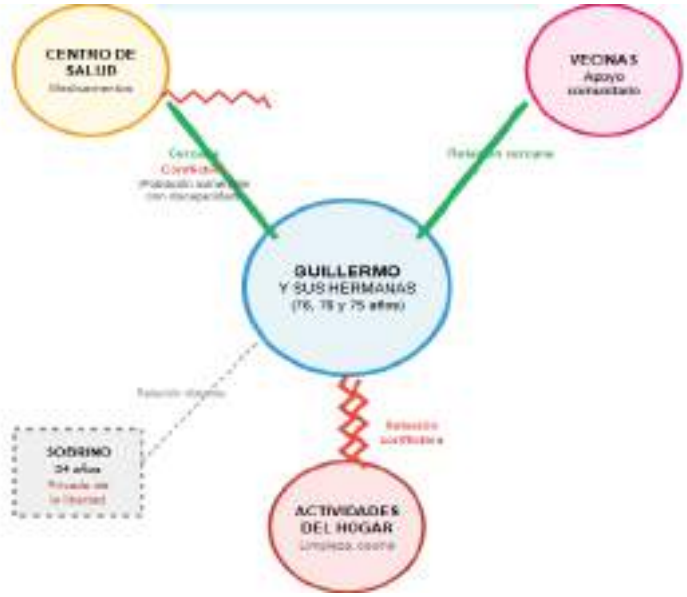


## 1. FAMIOLIOGRAMA



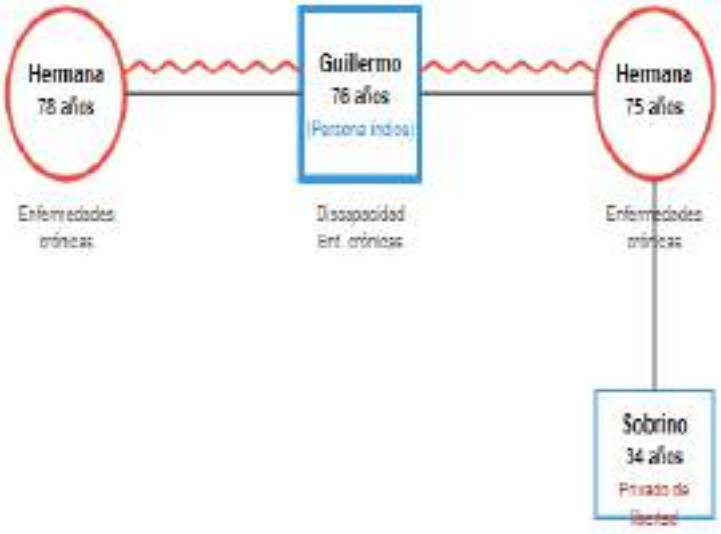

**NOMBRES Y APELLIDOS:** GUILLERMO ALDANA SANCHEZ
**EDAD:** 7 AÑOS
**DOCUMENTO:** 215708
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:** 3125045649
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS

## 2. ECOMAPA



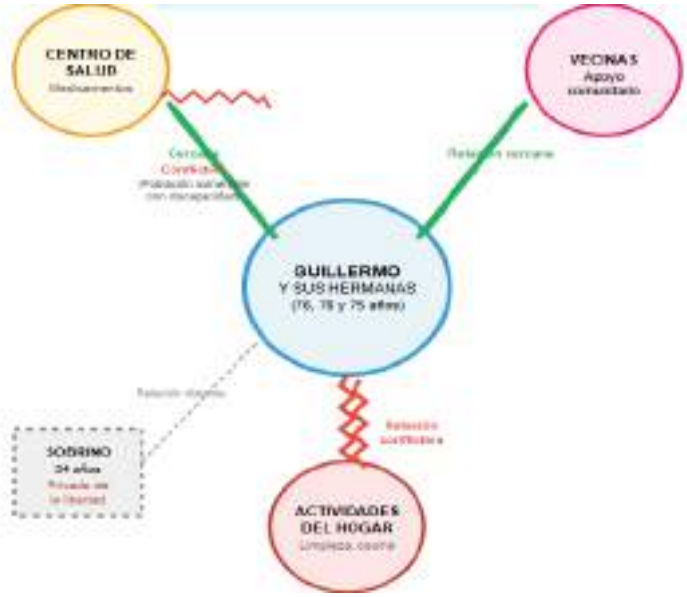


## 1. FAMIOLIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** GUILLERMO ALDANA SANCHEZ
**EDAD:** 7 AÑOS
**DOCUMENTO:** 215708
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:** 3125045649
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS

## 2. ECOMAPA



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 20 de febrero de 2026 a las 21:09
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

XIMENA ERAZO

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LEONOR

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

ALDANA

SEGUNDO APELLIDO

SANCHEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

35474150

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

14 / 02 / 1951

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: *

ADULTA MAYOR, HIPERTENSA, RETRASO MENTAL, INCONTINENCIA URINARIA, TRANS. AGRESIVO, ESTREÑIMIENTO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

## POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3125045649

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 FRENTE A LA PANADERIA SAMUEL

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO DEFICIENTE.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SOLEDAD, ESTRES,AISLAMIENTO SOCIAL

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS CON EL PROGRAMA DE CRONICOS.

Observaciones / hallazgos encontrados

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

Talla

1.51

Peso

48

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

78

Saturación de oxigeno

93%

Tensión arterial

128/76

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

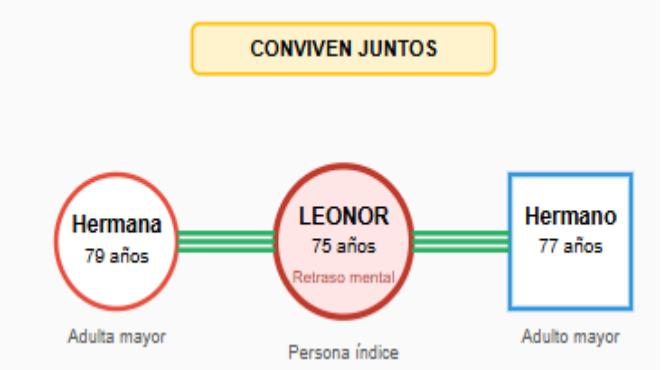
20. LEONOR ALDANA - ANGELICA RIVERA.pdf

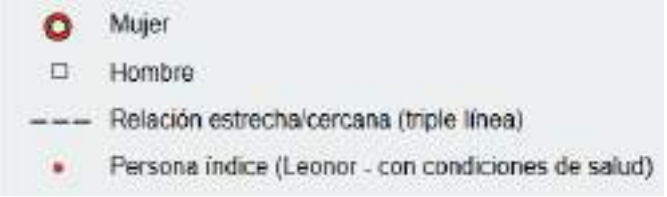
Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe



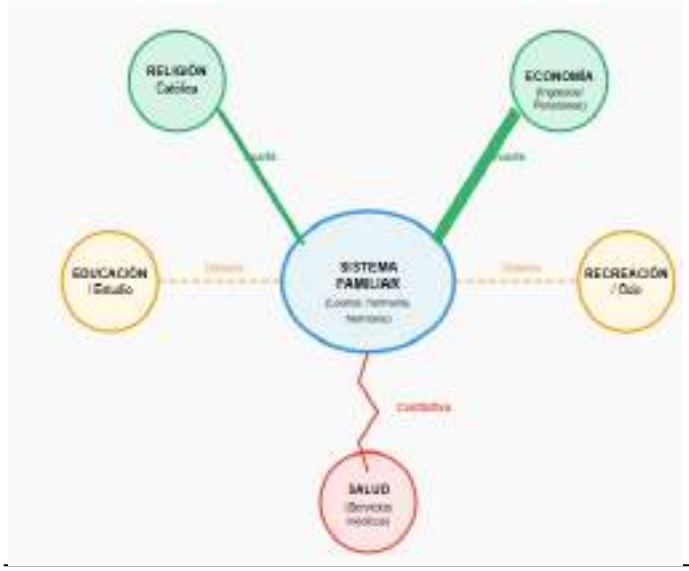
## 1. FAMIOLIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** LEONOR ALDANA SANCHEZ
**EDAD:** 75 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC 35474150
**EPS:** FAMISANAR
**CELULAR:** 3125045649
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS

## 2. ECOMAPA






Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 20 de febrero de 2026 a las 21:21
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

XIMENA ERAZO

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ROSA

SEGUNDO NOMBRE

ELVIRA

PRIMER APELLIDO *

ALDANA

SEGUNDO APELLIDO

SANCHEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

20468523

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

18 / 06 / 1947

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSA, DIABETES MILLITUS, HIPOACUSIA SEVERA EN AO, INSF. VENOSA PERIFERICA CRONICA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

## POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3125045649

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 FRENTE A LA PANDERIA SAMUEL

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H 37

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

HERMAN@S

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO DEFICIENTE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

MANEJADA CON MEDICO DOMICILIARIO. EVALUAR NECESIDAD DE APOYO DOMICILIARIO O CUIDADOR EXTERNO. ARTICULAR CON SERVICIOS DE SALUD PARA SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

- FORTALECER RED DE APOYO COMUNITARIO (PARROQUIA, VECINOS)
- VALORAR AYUDAS TÉCNICAS PARA MOVILIDAD Y COMUNICACIÓN
- VINCULACIÓN CON PROGRAMAS DE ADULTO MAYOR
- APOYO PSICOSOCIAL PARA AFRONTAMIENTO DE LA SITUACIÓN DEL HIJO
- GESTIÓN DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN

SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS CON EL PROGRAMA DE CRONICOS.

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.51

Peso

48

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

73

Saturación de oxigeno

94%

Tensión arterial

11/70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

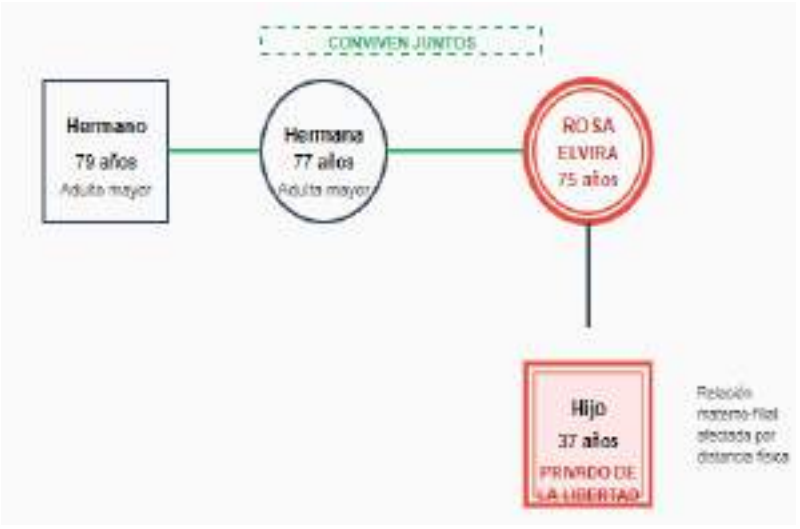
Archivos enviados

21. ROSA ELVIRA ALDANA - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

**1. FAMILIOGRAMA**







**NOMBRES Y APELLIDOS:** ROSA ELVIRA ALDANA SANCHEZ
**EDAD:** 79 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC 20468523
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:**3125045649
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** ENTRDA FRENTE A LA PANADERIA SAMUEL

**2. ECOMAPA**






Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 21 de febrero de 2026 a las 13:20
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 02 / 2026

## 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)

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: *

DEPRESION, ARTROSIS DEGENERATIVA, FIBROMIALGIA, MIGRAÑA, TENDINITIS, PREDIABETICA, DESCALSIFICACION.

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [x] Ansiedad
- [x] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [x] Otro: ARTROSIS DEGENERATIVA, FIBROMIALGIA, MIGRAÑA, TENDINITIS, PREDIABETICA, DESCALSIFICACION.

## 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 *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

M 30, H 27, M26, H22

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO SOLIDA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

INSTITUCIONALES SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

INSTITUCIONALES
SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS. SE CANALIZA PARA PSICOLOGIA.

Talla

1.60

Peso

80

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

65

Saturación de oxigeno

96%

Tensión arterial

110/70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

86

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

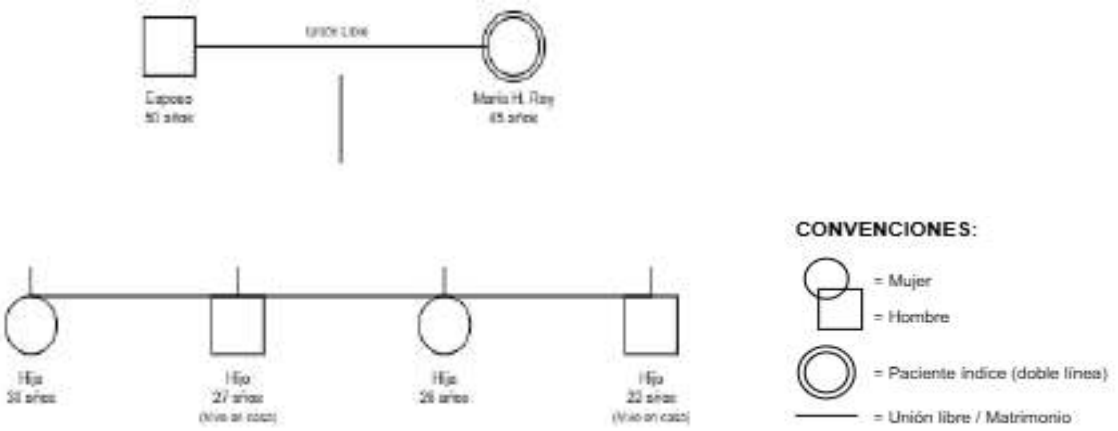
Archivos enviados

22. MARIA HERCILIA REY - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

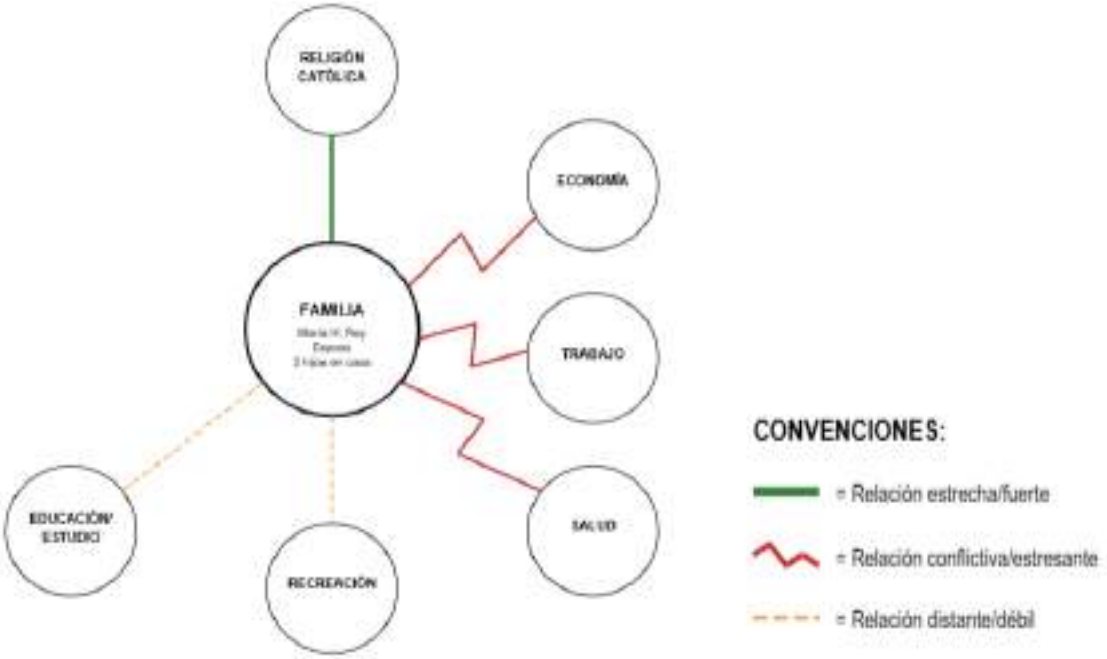
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** MARIA HERCILIA REY REY
**EDAD:** 45 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC 35196908
**EPS:** FAMISANAR
**CELULAR:**3202272989
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

## 2. ECOMAPA



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 21 de febrero de 2026 a las 18:29
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

SANDRA OLARTE

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MIGUEL

SEGUNDO NOMBRE

ANTONIO

PRIMER APELLIDO *

PADILLA

SEGUNDO APELLIDO

DIAMOND

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

5112511

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

06 / 05 / 1976

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSO

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 *

3167985942

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 *

DETRAS DEL COLEGIO CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

M 27, H 24, M 14

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

VINCULO FRAGIL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

CANALIZADO PARA ODONTOLOGIA Y OPTOMETRIA

Talla

165

Peso

75

Frecuencia respiratoria

65

Frecuencia cardiaca

18

Saturación de oxigeno

95%

Tensión arterial

120/70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

70

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

Archivos enviados

23. MIGUEL ANTONIO PADILLA - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

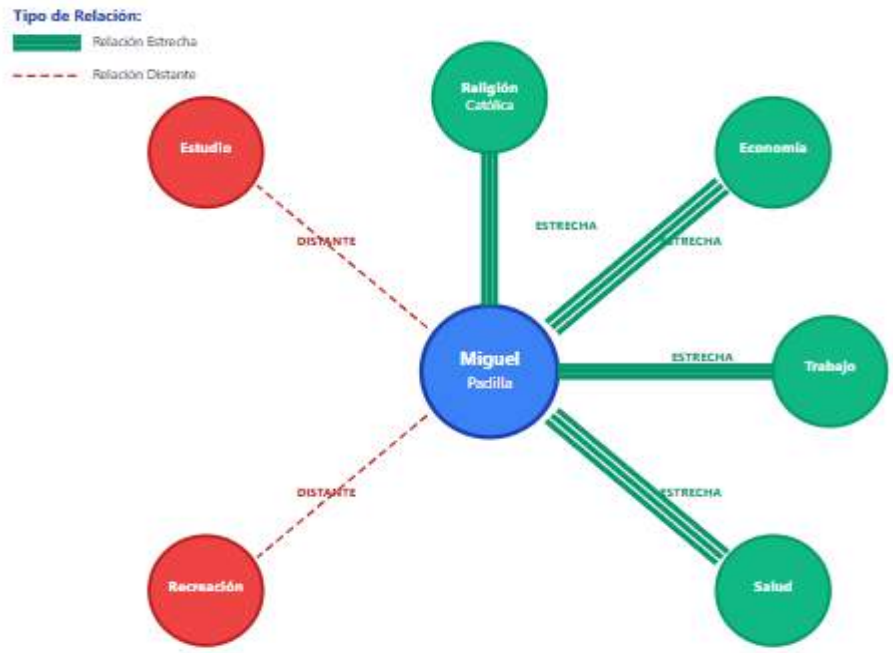


## 1. FAMIOLIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** MIGUEL ANTONIO PADILLA DIAMOD
**DOCUMENTO:** CE 5112511
**EPS:** COMPENSAR
**CELULAR:** 3167985942
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS

## 2. ECOMAPA



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 21 de febrero de 2026 a las 18:39
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

BLANCA

SEGUNDO NOMBRE

NUBIA

PRIMER APELLIDO *

JAIME

SEGUNDO APELLIDO

VARGAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

52417499

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

12 / 06 / 1976

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Sura

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

ANSIEDAD, DEPRESION

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

3125156649

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 *

BARRIO SAMARIA, CONJUNTO VIVIR MEJOR I CASA 26

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H 17, H 13

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD. RED DE APOYOPRECARIA, AISLAMIENTO SOCIAL, FALTA DE APOYO SOCIAL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CANALIZADA PARA PSICOLOGIA, CONTROL DE SIGNOS VITALES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

FALTA DE APOYO SOCIAL

Talla

1.65

Peso

67

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

60

Saturación de oxigeno

92%

Tensión arterial

120/80

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

65

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

Archivos enviados

24. BLANCA NUBIA JAIME VARGAS - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe



**1. FAMIOLIOGRAMA**




**NOMBRES Y APELLIDOS:** BLANCA NUBIA JAIME VARGAS
**DOCUMENTO:** CC. 52417499
**EPS:** COMPENSAR
**CELULAR:** 3125156649
**VEREDA:** BARRO SAMARIA
**SECTOR:** CONJUNTO SABER VIVIR MEJOR I CASA 26

**2. ECOMAPA**



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 21 de febrero de 2026 a las 18:57
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

DAVID

SEGUNDO NOMBRE

FERNANDO

PRIMER APELLIDO *

RAMIREZ

SEGUNDO APELLIDO

JAIME

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

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

114746785

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

23 / 12 / 2008

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

BLANCA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

NUBIA

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

JAIME

SEGUNDO
APELLIDO ACUDIENTE

VARGAS

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3125156649

DATOS PERSONALES 2

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: *

AUTISMO ATIPICO

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 *

3125156649

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 *

BARRIO SAMARIA, CONJUNTO VIVIR MEJOR I

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

AISLAMIENTO SOCIAL, EMOCIONAL, RED DE APOYO DEFICIENTE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

VALORACION, SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

VINCULOS FRAGILES

Talla

1.80

Peso

70

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

65

Saturación de oxigeno

95%

Tensión arterial

110/70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

55

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

Archivos enviados

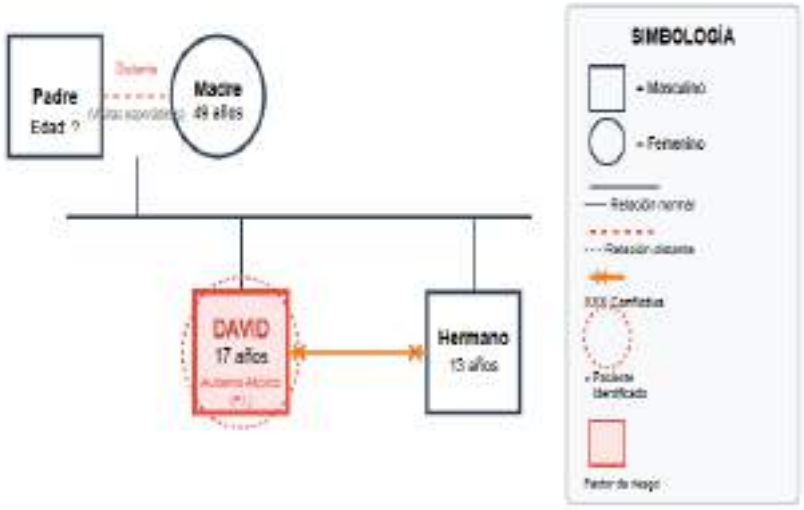
25. DAVID FERNANDO RAMIREZ JAIME - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

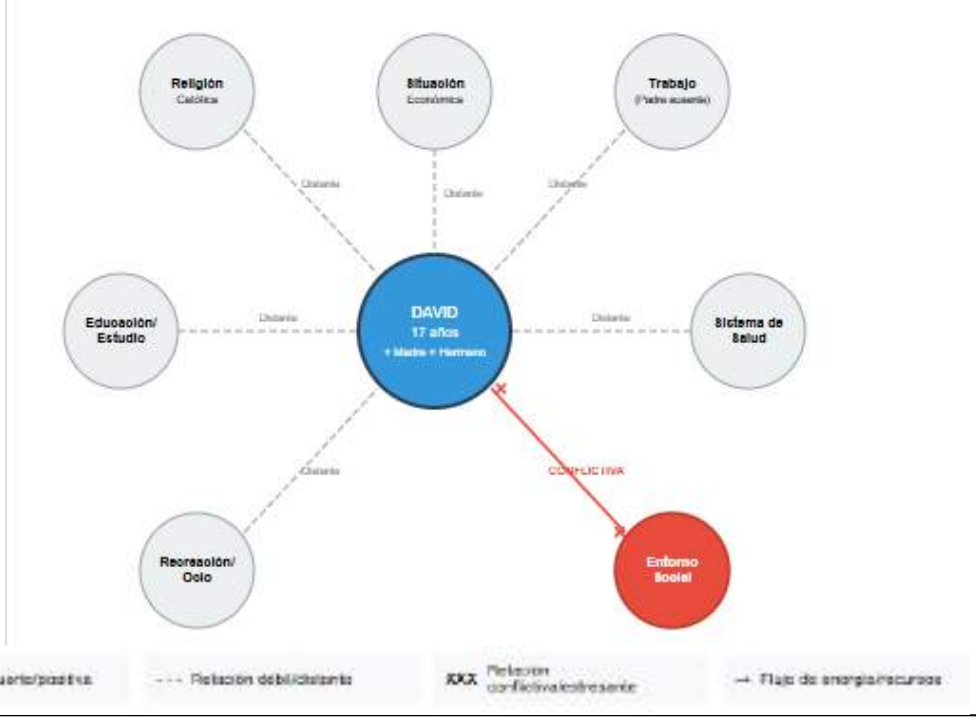


## 1. FAMIOLIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** DAVID FERNANDO RAMIREZ JAIME
**DOCUMENTO:** CC. 114746785
**EPS:** SURA
**CELULAR:** 3125156649
**VEREDA:** BARRO SAMARIA
**SECTOR:** CONJUNTO SABER VIVIR MEJOR I CASA 26

## 2. ECOMAPA



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 21 de febrero de 2026 a las 19:06
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

09 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

CRISTIAN

SEGUNDO NOMBRE

JAVIER

PRIMER APELLIDO *

RAMIREZ

SEGUNDO APELLIDO

JAIMES

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

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

1013274025

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

17 / 07 / 2012

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

## DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

BLANCA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

NUBIA

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

JAIME

SEGUNDO
APELLIDO ACUDIENTE

VARGAS

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3125156649

DATOS PERSONALES 2

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: *

SOMANBULISMO DESDE LOS 10AÑOS, VALORADO POR PSICOLOGIA POSINLE TEA

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 *

3125156649

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 *

BARRIO SAMARIA, CONJUNTO VIVIR MEJOR I, CASA 26

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

VINCULOS FRAGILES

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CANALIZADO PARA PSICOLOGIA, DIFICULTAD PARA MANEJO DE PROBLEMAS O EMOCIONES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

RED DE APOYO DEFICIENTE

Talla

165

Peso

65

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

75

Saturación de oxigeno

96%

Tensión arterial

110/70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

84

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

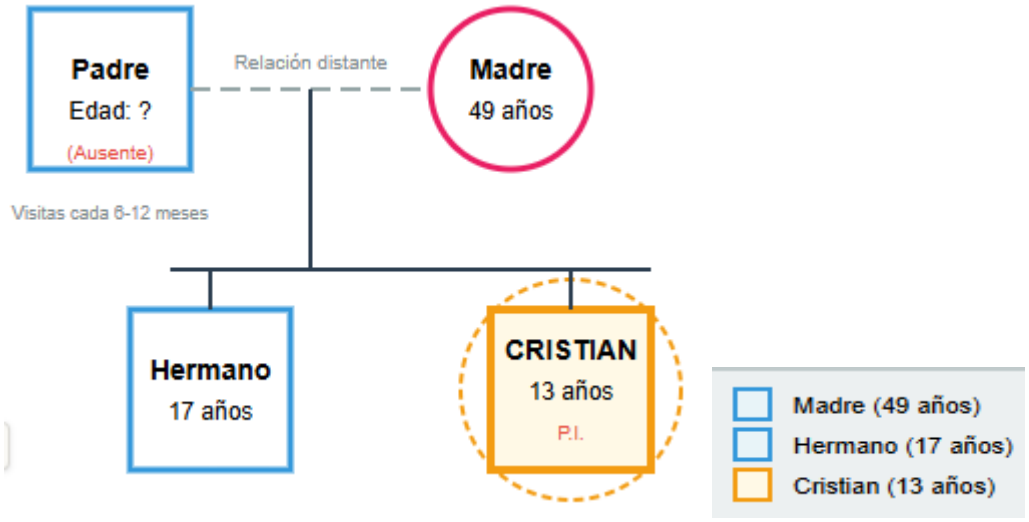
Archivos enviados

26. CRISTIAN RAMIREZ - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** CRISTIAN JAVIER RAMIREZ JAIMES
**EDAD:** 13 AÑOS
**DOCUMENTO:** TI. 1013274025
**EPS:** FAMISANAR
**CELULAR:**3125156649
**VEREDA:** BARRIO SAMARIA
**SECTOR:** CONJUNTO VIVIR MEJOR I CASA 26

## 2. ECOMAPA



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 21 de febrero de 2026 a las 20:13
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

10 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE

STELLA

PRIMER APELLIDO *

ROMERO

SEGUNDO APELLIDO

BARRANTES

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

41619460

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

27 / 08 / 1953

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sura

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Sura

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSO Y DIABETICO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

## POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3133172030

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 *

CAOBOS ENTRADA FAMILIA HIGARRERO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

DIVORCIAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

M 45, M48, H 40

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO SOLIDA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280. INSTITUCIONALES SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

RED DE APOYO INTEGRAL

Talla

1.46

Peso

50

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

85

Saturación de oxigeno

96%

Tensión arterial

152/97

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

65

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

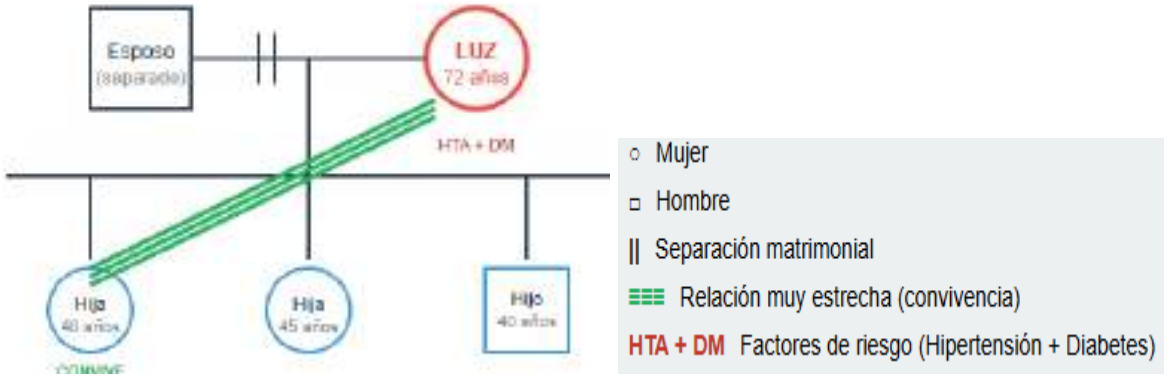
Archivos enviados

27. LUZ STELLA ROMERO BARRANTES - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** LUZ STELLA ROMERO BARRANTES
**EDAD:** 72 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC 41619460
**EPS:** SURA
**CELULAR:**3133172030
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS ENTRADA PANADERIA SAMUEL

## 2. ECOMAPA



Gmail **ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 21 de febrero de 2026 a las 20:24
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

10 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

GRACILIANA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

CASALLAS

SEGUNDO APELLIDO

CASALLAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

21100102

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

02 / 07 / 1936

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSO, HIPOTIROIDISMO, ALZHEIMER

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

## 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 *

3132847544

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 *

CAOBOS CASA FRENTE AL D1

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

VIUD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

M 65, M 63, H 60, H 55

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO INTEGRAL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

RED DE APOYO INTEGRAL

Talla

1.52

Peso

50

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

99

Saturación de oxigeno

92%

Tensión arterial

140/66

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

110

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

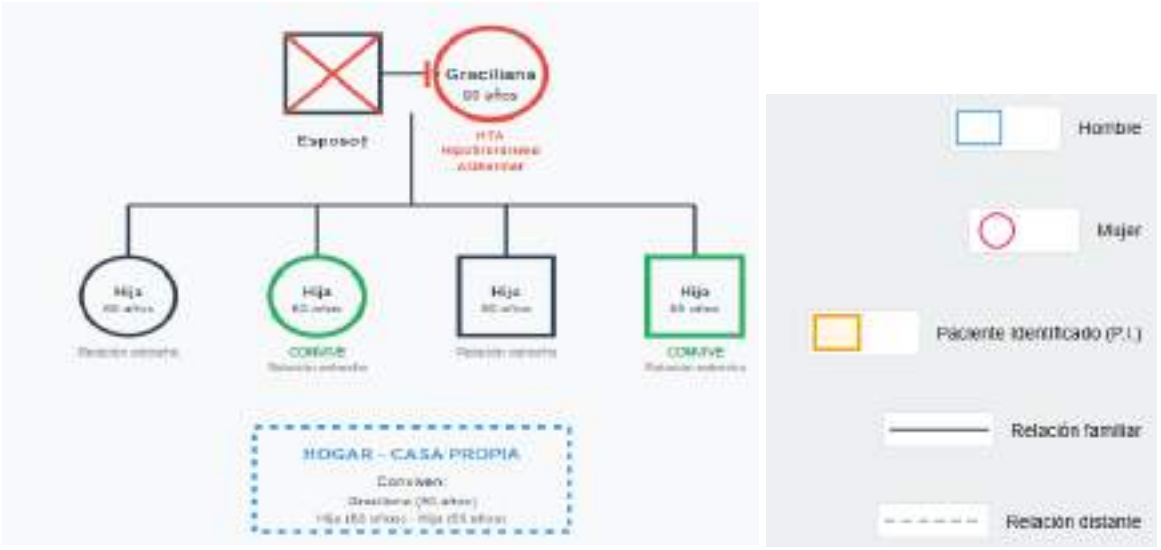
Archivos enviados

28. GRACILIANA CASALLAS - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** GRACILIANA CASALLAS CASALLAS
**EDAD:** 90 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC. 21100102
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:**3132847544
**VEREDA:** VEREDA LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS FRENTE AL D1

## 2. ECOMAPA



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 21 de febrero de 2026 a las 20:31
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

SANDRA OLARTE

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

10 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ROSA

SEGUNDO NOMBRE

MARIA

PRIMER APELLIDO *

CASALLAS

SEGUNDO APELLIDO

CASALLAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

35472263

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

08 / 04 / 1962

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

## POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3132847544

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 *

CAOBOS CASA FRENTE AL D1

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMA 90, HERMANO DE 55

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO INTEGRAL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

APOYO EMOCIONAL

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

APOYO SOLIDO

Talla

1.57

Peso

59

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

80

Saturación de oxigeno

91%

Tensión arterial

135/65

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

98

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

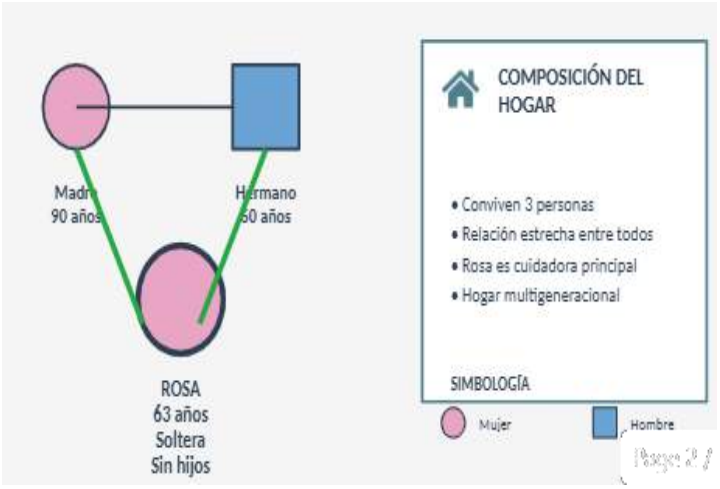
Archivos enviados

29. ROSA MARIA CASALLAS - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

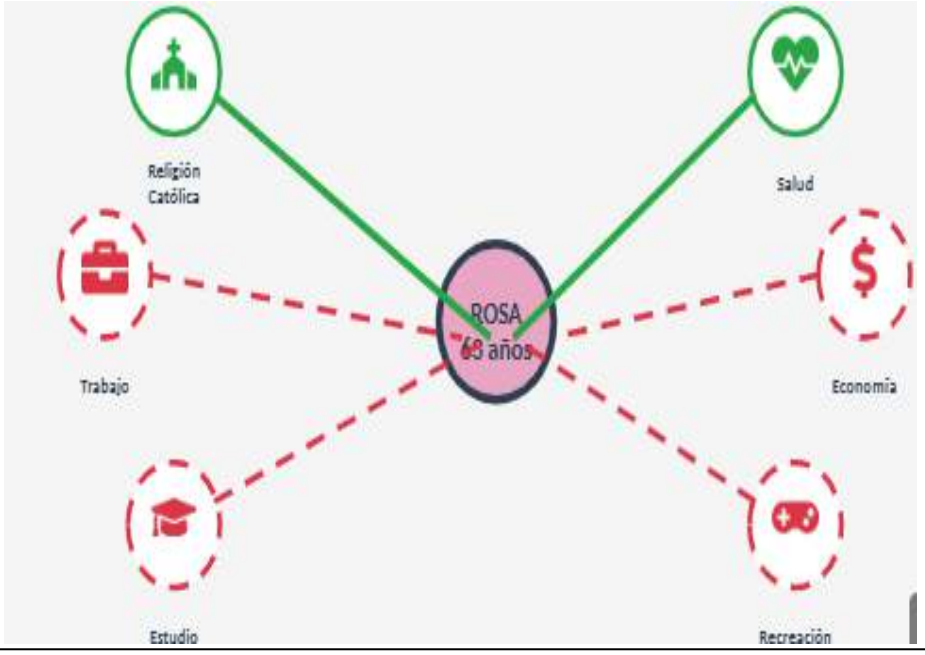
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** ROSA MARIA CASALLAS CASALLAS
**EDAD:** 63 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC. 35472263
**EPS:** SURA
**CELULAR:**3132847544
**VEREDA:** VEREDA LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS FRENTE AL D1

## 2. ECOMAPA



Gmail **ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 21 de febrero de 2026 a las 20:41
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

10 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ALDEMAR

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

ROJAS

SEGUNDO APELLIDO

RODRIGUEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

12229976

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

10 / 02 / 1964

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: *

NIEGA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

## POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3102231601

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 *

CAOBOS ENTRADA FRENTE AL D1

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H 32, M 40, M 43

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO SOLIDA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

APOYO INTEGRAL POR PARTE DE LA FAMILIA

Talla

1.57

Peso

75

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

71

Saturación de oxigeno

95%

Tensión arterial

144/96

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

55

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

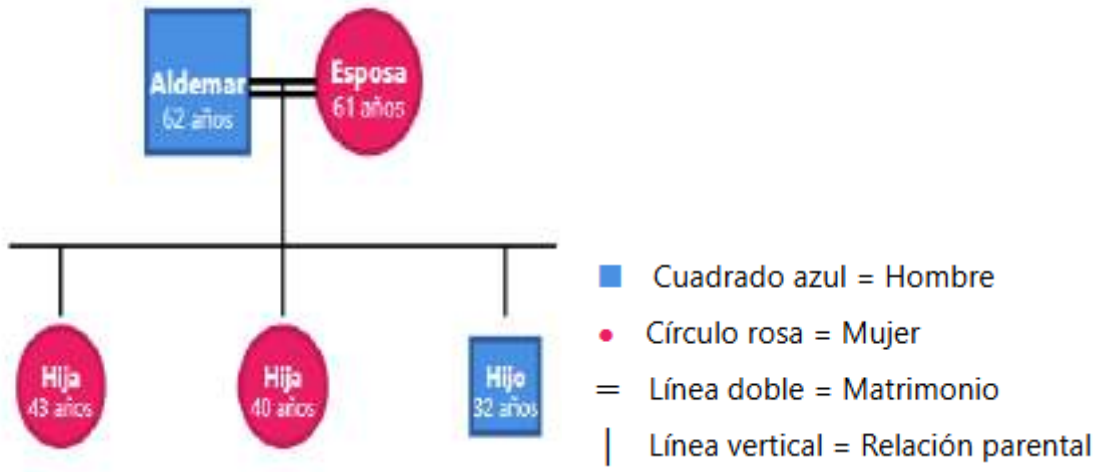
Archivos enviados

30. ALDEMAR ROJAS RODRIGUEZ - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

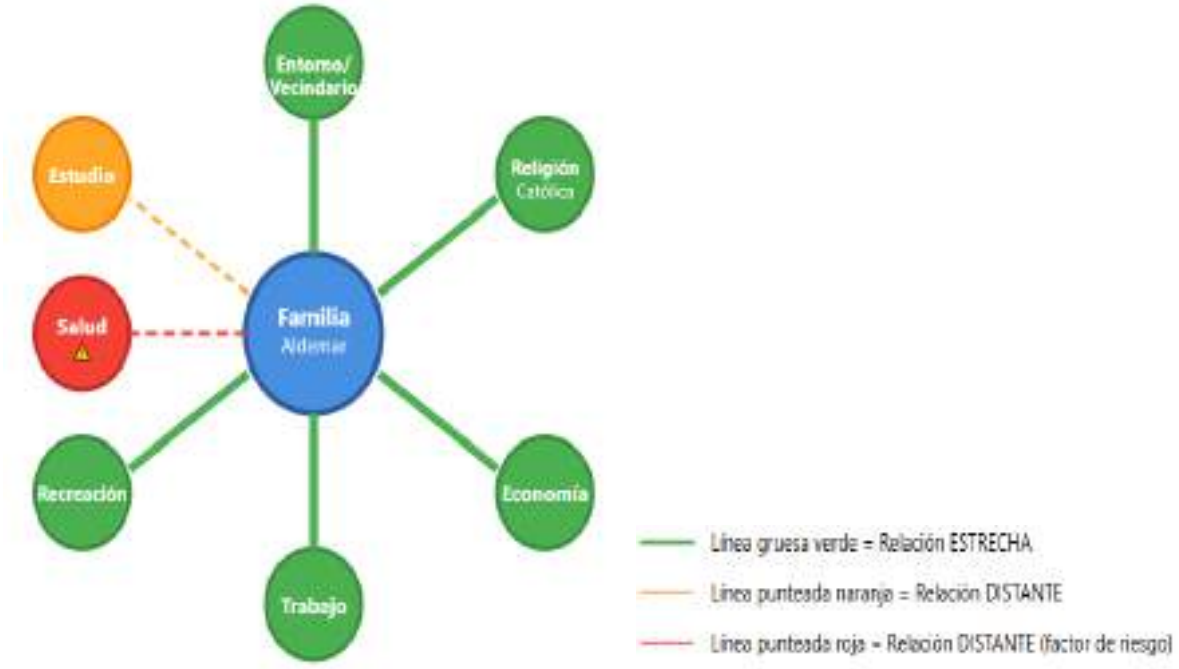
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** ALDEMAR ROJAS RODRIGUEZ
**EDAD:** 62 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC. 12229976
**EPS:** FAMISANAR
**CELULAR:**3102231601
**VEREDA:** VEREDA LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS FRENTE AL D1

## 2. ECOMAPA



Gmail **ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 21 de febrero de 2026 a las 20:47
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

SANDRA OLARTE

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

10 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE

DARY

PRIMER APELLIDO *

QUISA

SEGUNDO APELLIDO

IBONY

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

36276615

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

01 / 11 / 1965

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas 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: *

GASTRITIS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

## POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3143699048

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 FRENTE AL D1 AL FONDO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H 32, M 40, M43

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO SOLIDA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

FAMILIARES
SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

APOYO EMOCIONAL E INTEGRAL SOLIDO

Talla

1.65

Peso

80

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

80

Saturación de oxigeno

96%

Tensión arterial

142/93

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

80

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

Archivos enviados

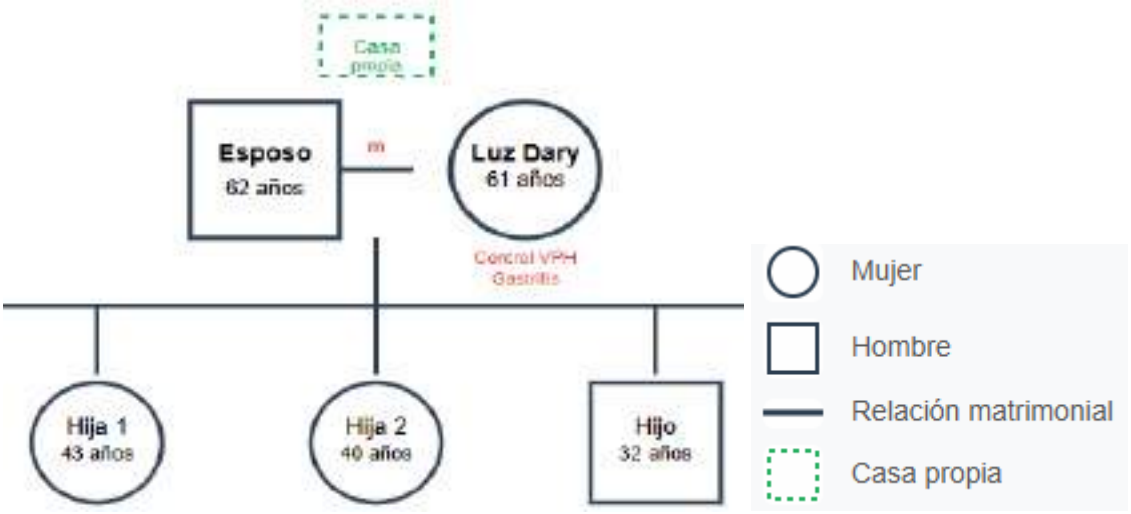
31. LUZ DARY QUISA IBONY - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

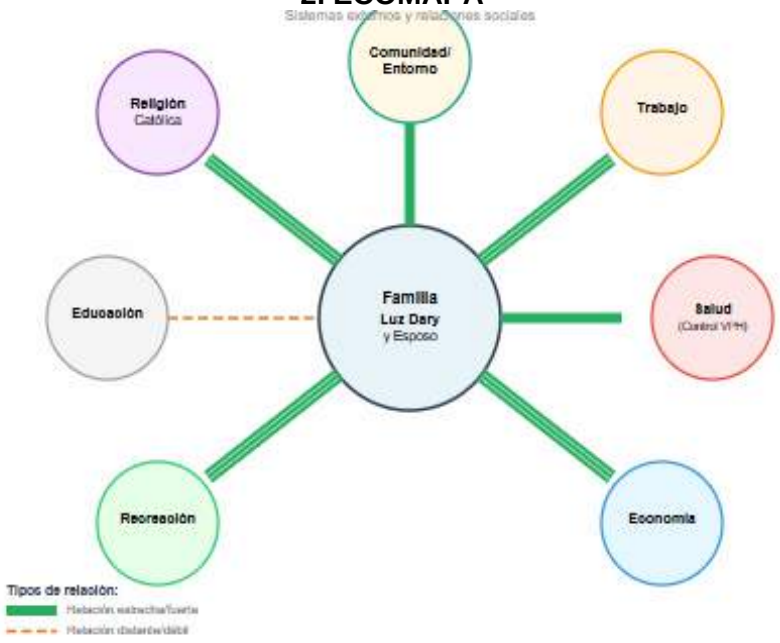
# EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
# HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA
# NIT. 899.999.156-1

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** LUZ DARY QUISA IBONY
**EDAD:** 61 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC. 36276615
**EPS:** FAMISANAR
**CELULAR:**3143699048
**VEREDA:** VEREDA LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS ENTRADA FRENTE AL D1

## 2. ECOMAPA



Gmail **ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 21 de febrero de 2026 a las 20:54
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

10 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ANDREINA

SEGUNDO NOMBRE

LUCIA

PRIMER APELLIDO *

CORRO

SEGUNDO APELLIDO

UGES

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

1043025475

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

10 / 10 / 1997

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años )

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NIEGA

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 *

3144509878

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 *

CAOBOS ENTRADA FRENTE AL D1

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H 9, M 8

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO INTEGRAL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

SE CANALIZA PARA MEDICINA GENERAL, ODONTOLGIA Y OPTOMETRIA

Talla

1.60

Peso

68

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

87

Saturación de oxigeno

96%

Tensión arterial

113/78

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

68

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

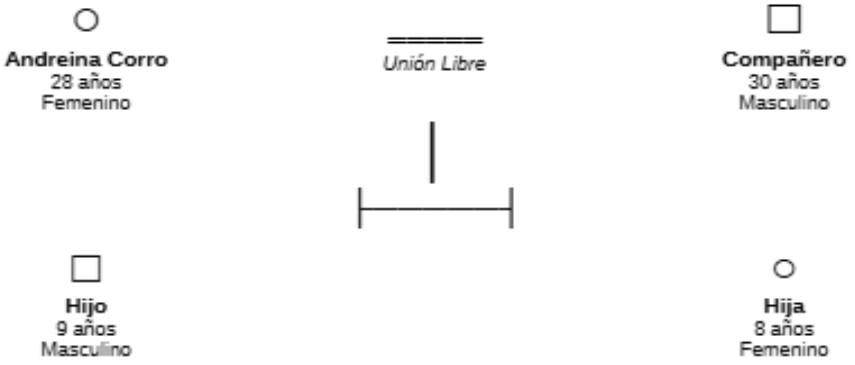
Archivos enviados

32. ANDREINA LUCIA CORRO UGES - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA

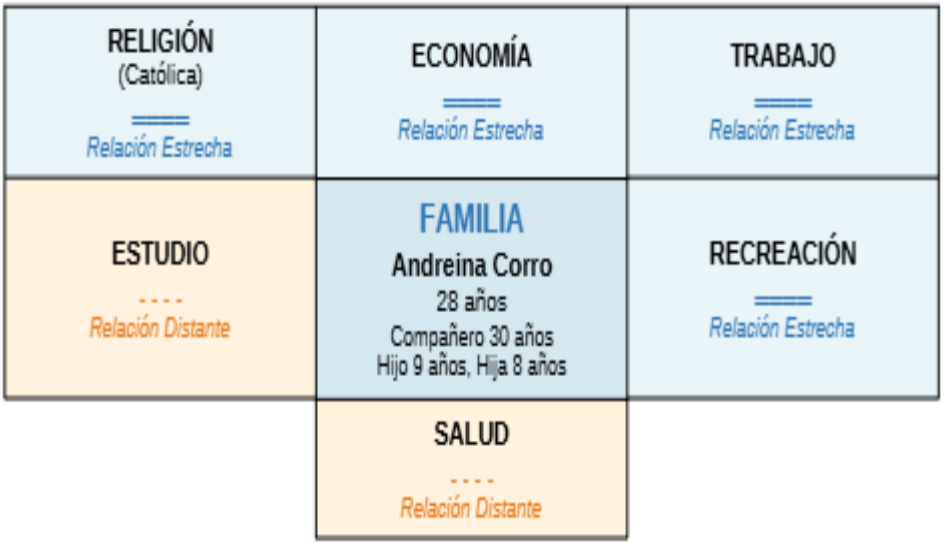



**Leyenda:**

○ = Femenino | □ = Masculino | ═══ = Unión Libre | | = Línea de descendencia

**NOMBRES Y APELLIDOS:** ANDREINA LUCIA CORRO
**EDAD:** 28 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC. 1043025475
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:**3144509878
**VEREDA:** VEREDA LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS ENTRADA FRENTE AL D1

## 2. ECOMAPA




**Leyenda:**

═══ Relación Estrecha | - - - - Relación Distante

Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 22 de febrero de 2026 a las 3:40
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JOSE

SEGUNDO NOMBRE

MIGUEL

PRIMER APELLIDO *

ALMONACID

SEGUNDO APELLIDO

RINCON

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

2994389

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

17 / 04 / 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: *

PREDIABETICO,HIPERTENSO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

## POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3123661250

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 *

CAOBOS ENTRADA AL FONDO FRENTE AL D1

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

M 41, M 37, H 35

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO SOCIDA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

TIENE PENDIENTE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

RED DE APOYO INTEGRAL

Talla

1.67

Peso

80

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

87

Saturación de oxigeno

95%

Tensión arterial

118/81

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

65

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

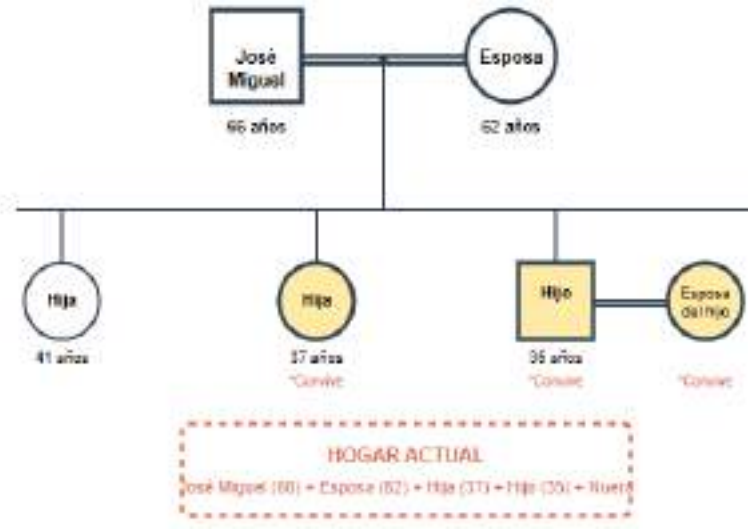
Archivos enviados

33. JOSE ALMONACID - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

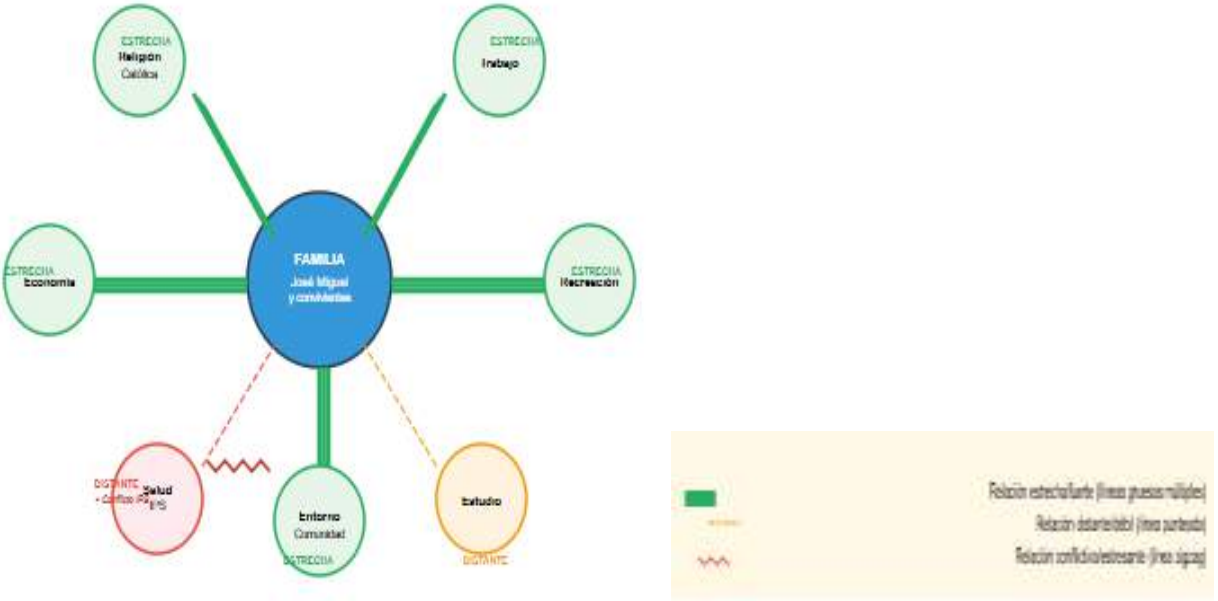
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** JOSE MIGUEL ALMONACID RINCON
**EDAD:** 66 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC. 2994389
**EPS:** SANITAS
**CELULAR:**3123661250
**VEREDA:** VEREDA LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS ENTRADA FRENTE AL D1

## 2. ECOMAPA



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 22 de febrero de 2026 a las 3:51
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

SANDRA OLARTE

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LIZETH

SEGUNDO NOMBRE

TATIANA

PRIMER APELLIDO *

RONCO

SEGUNDO APELLIDO

BUITRAGO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

1019018081

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

25 / 08 / 2005

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años )

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPOTIROIDISMO, ANT. CA DE TIROIDES

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

3183062671

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 *

CAOBOS ENTRADA AL FONDO FRENTE AL D1

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMA 37, HERMANAS 18,16,5

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO SOLIDA E INTEGRAL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

LE HAN REALIZADO 5 CIRUGIAS DE TIROIDES A PARTIR DEL 2011 Y 2 YODOTERAPIAS LA ULTIMA FUE EN 2012, PNF CON EL IMPLANON DE 3AÑOS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

Observaciones / hallazgos encontrados

SE BRINDA EDUCACION EN PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD SEGUN RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

Talla

1.60

Peso

55

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

65

Saturación de oxigeno

96%

Tensión arterial

110/70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

50

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

Archivos enviados

34. LIZETH TATIANA RONCO - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

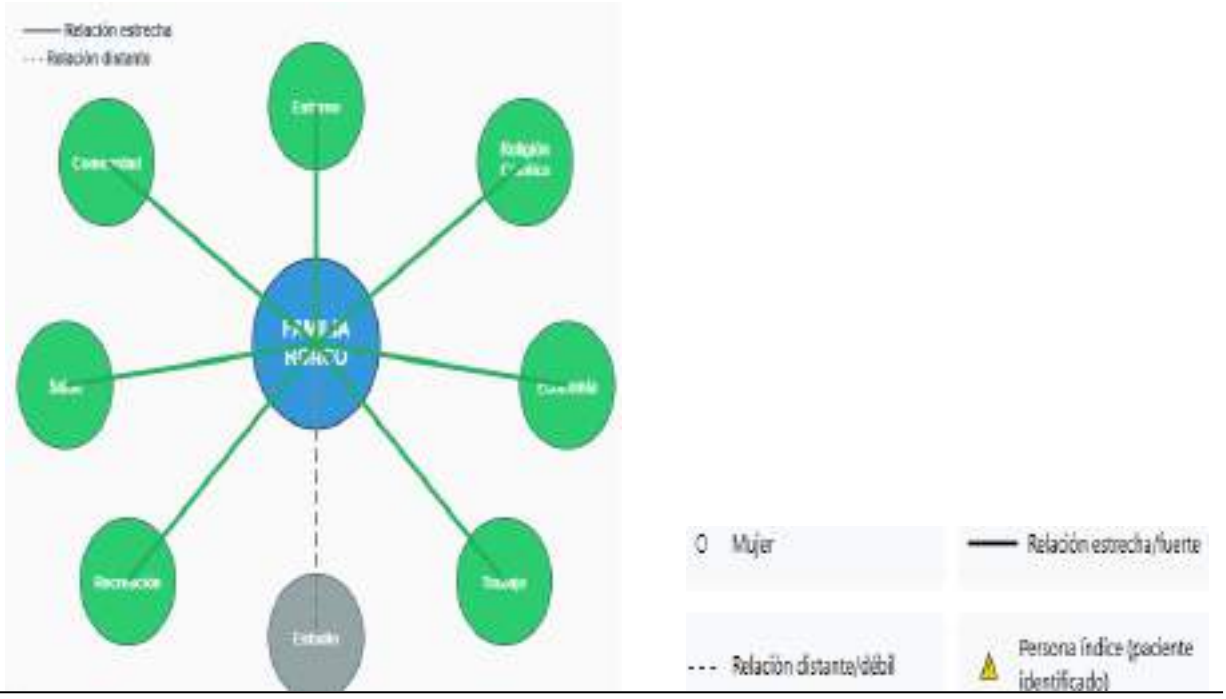
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** LIZETH TATIANA RONCO
**EDAD:** 20 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC. 1019018081
**EPS:** SANITAS
**CELULAR:**3183062671
**VEREDA:** VEREDA LA BALSA
**SECTOR:** CAOBOS ENTRADA FRENTE AL D1

## 2. ECOMAPA



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 22 de febrero de 2026 a las 4:03
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

SANDRA OLARTE

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

YESSICA

SEGUNDO NOMBRE

YANETH

PRIMER APELLIDO *

CASTAÑEDA

SEGUNDO APELLIDO

MIRANDA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

1065831201

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

30 / 01 / 1997

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

NA

EPS *

SOS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

TAQUICARDIA SINUSAL POR STRESS, MIOPIA Y ASTIGMATISMO AO

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 *

3132734851

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

URBANO

URBANO

TIPO DE DIRECCIÓN *

KR

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

2B

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

5A

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

43

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

## Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

HERMANA 34, CUÑADO 49, SOBRINOS, M 16, H 14, M10

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO EMOCIONAL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

NO ESTA AFILIADA A SEGURIDAD SOCIAL, ESTA REPORTADA PORUQE ESTA EN MORA, NO LE HA DICHO A SU EMPLEADOR QUE ESTA EN ESTADO DE EMBARAZO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

GESTANTE, NOASEGURAMIENTO EN SALUD, PENDIENTE VALORACIONES YA MAS DE 1 AÑO

Talla

1.67

Peso

60

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

108

Saturación de oxigeno

97%

Tensión arterial

126/54

Perímetro braquial

.....

Perímetro abdominal

.....

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

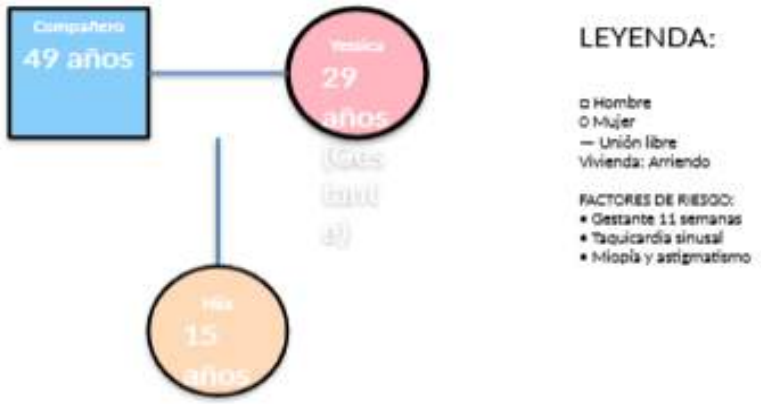
Archivos enviados

PDF 35. YESSICA CASTAÑEDA - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

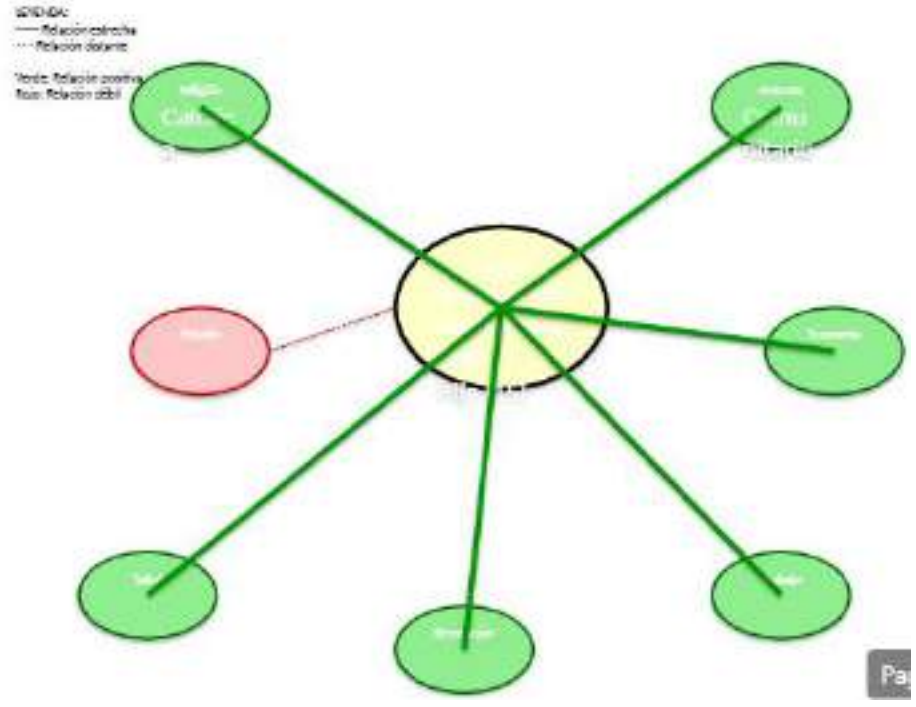
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** YESSICA CASTAÑEDA
**EDAD:** 29 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC. 1065831201
**EPS:** SANITAS
**CELULAR:** 3132734851
**VEREDA:** BARRIO EL CAIRO-CRA 2B N.5°-43
**SECTOR:** ENTRADA DROGUERIA SANI FARMA

## 2. ECOMAPA



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 22 de febrero de 2026 a las 4:12
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 04 / 1993

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

GABRIELA

SEGUNDO NOMBRE

JOSEFINA

PRIMER APELLIDO *

CASTILLO

SEGUNDO APELLIDO

GONZALEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso por Protección Temporal

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

1240500

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

17 / 04 / 1993

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NIEGA

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 *

3006514435

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 *

BARRIO SAMARIA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

M 15, H 11, H 10, M 7

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO INTEGRAL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

RIESGO DE ANSIEDAD, ANGUSTIA Y PREOCUPACION POR EL FACTOR ECONOMICO, POR EL EMBARAZO PRECOZ DE HIJA, ENGENRAL POR LA SITUACION. SE CANALIZA PARA PSICOLOGIA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

RIESGO DE ANSIEDAD

Talla

1.74

Peso

80

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

65

Saturación de oxigeno

96%

Tensión arterial

96/60

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

92

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

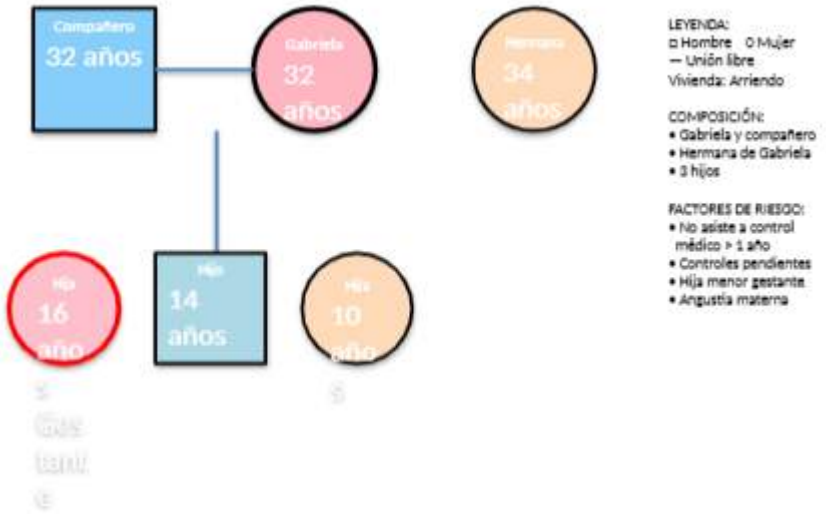
Archivos enviados

36. GABRIELA CASTILLO - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

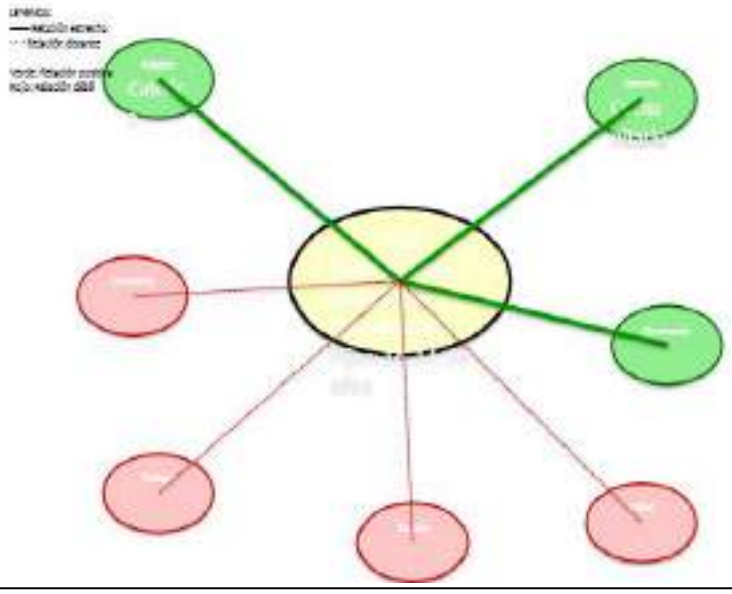
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** GABRIELA CASTILLO
**EDAD:** 32 AÑOS
**DOCUMENTO:** PPT 1240500
**EPS:** NUEVA EPS
**CELULAR:** 3006514435
**VEREDA:** BARRIO SAMARIA
**SECTOR:** PASANDO CONJUNTO PRADERA

## 2. ECOMAPA



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 22 de febrero de 2026 a las 4:20
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

BERTHA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

TORRES

SEGUNDO APELLIDO

VIUDA DE MENDOZA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

20125736

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

25 / 03 / 1934

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas 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: *

NIEGA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

## POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3222428030

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 *

CONJUNTO NARANGOS III, TORRE 16, APART. 202

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

VIUD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H 72, M 66, M63

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

VINCULOS FRAGILES, SENSACION DE SOLEDAD Y STRESS, FALTA DE APOYO.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

RED DE APOTO EMOCIONAL Y SOCIAL PRECARIA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.45

Peso

45

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

75

Saturación de oxigeno

95%

Tensión arterial

120/70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

45

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

Archivos enviados

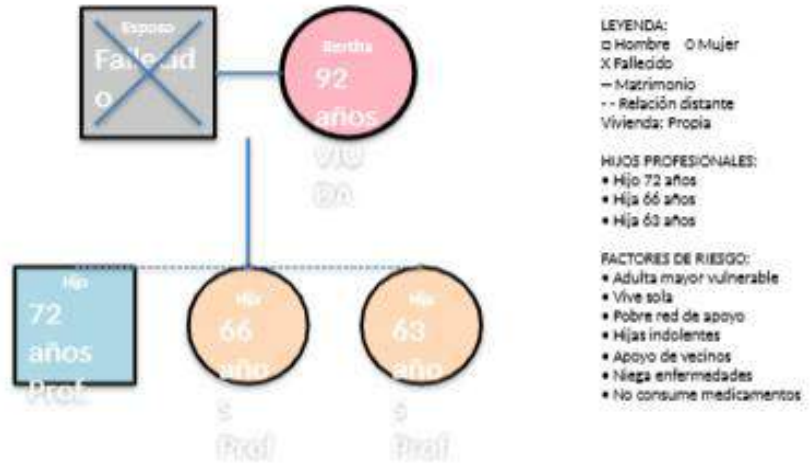
37. BERTHA TORRES - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

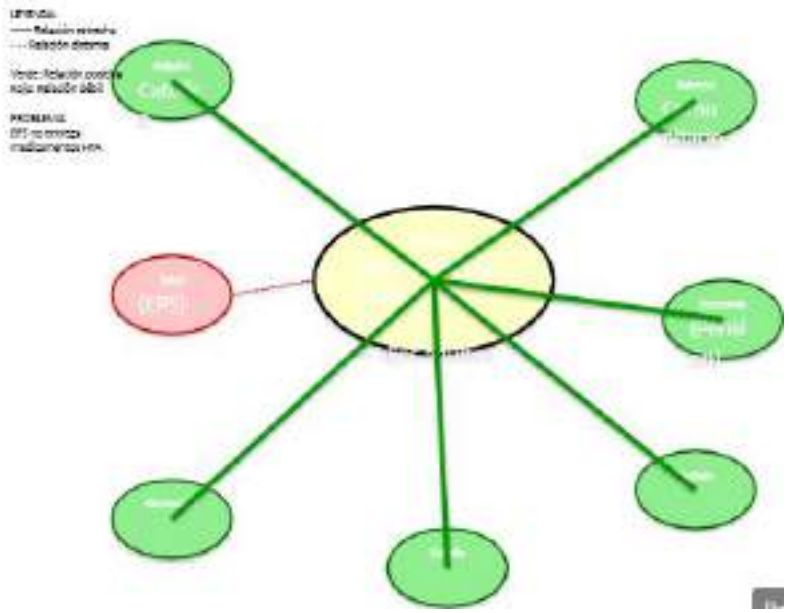
# EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
# HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA
# NIT. 899.999.156-1

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** BERTHA TORRES
**EDAD:** 92 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC. 20125736
**EPS:** SANITAS
**CELULAR:** 3222428030
**VEREDA:** BARRIO SAMARIA
**SECTOR:** CONJUNTO NARANJOS III

## 2. ECOMAPA



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 22 de febrero de 2026 a las 4:26
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

XIMENA ERAZO

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE

MARIA

PRIMER APELLIDO *

GARZON

SEGUNDO APELLIDO

OLARTE

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

20471364

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

01 / 05 / 1959

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas 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: *

HIPERTENSA, CEFALEA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

## POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3124853833

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 *

CAOBOS FRENTE AL CONJUNTO MONTE BELLO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

M44, M 40, M 37, H 42

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RED DE APOYO INTEGRAL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PENSIONADA, VIVIENDA PROPIA, APOYO EMOCIONAL SOLIDO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.50

Peso

55

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

75

Saturación de oxigeno

96%

Tensión arterial

110/70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

55

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

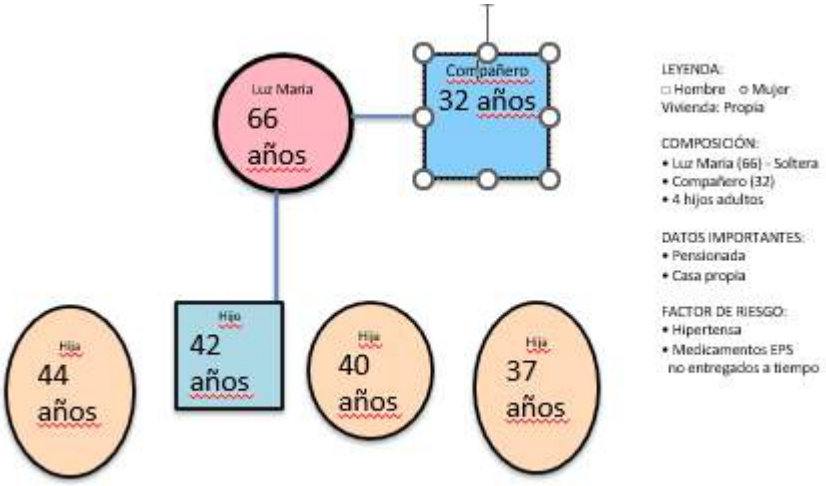
Archivos enviados

38. LUZ MARINA GARZON - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

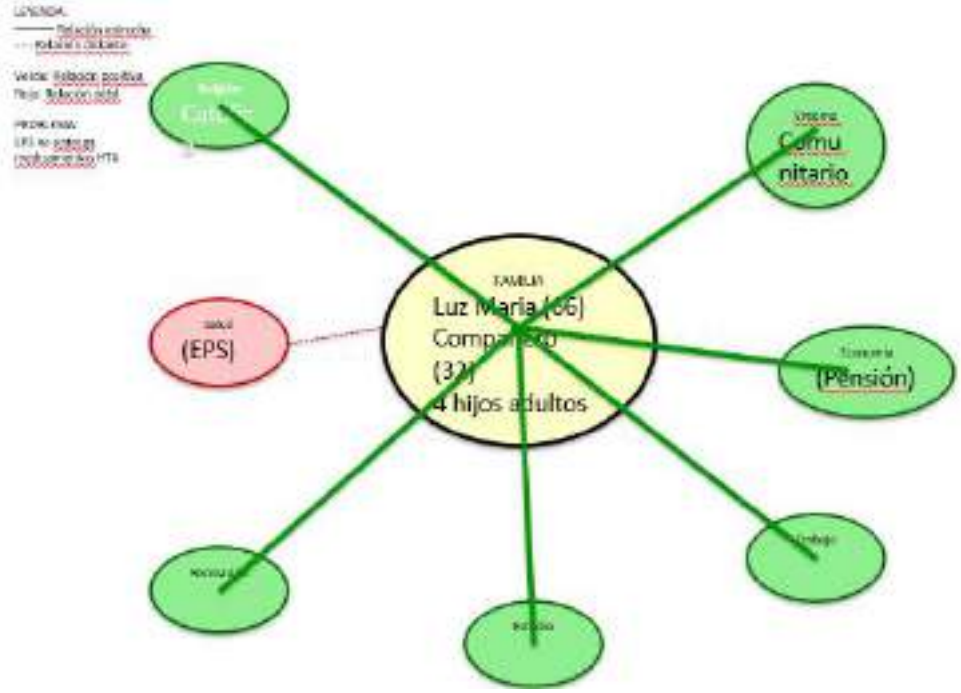
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA

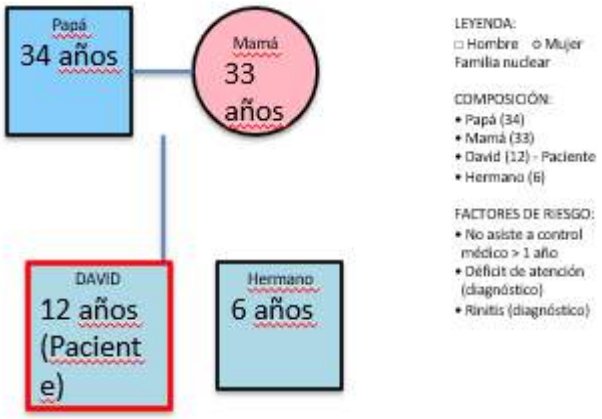



**NOMBRES Y APELLIDOS:** LUZ MARIA GARZON
**EDAD:** 66 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC. 20471964
**EPS:** SANITAS
**CELULAR:** 3124853833
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** LOS CAOBOS FRENTE AL CONJ. MONTE BELLO

## 2. ECOMAPA

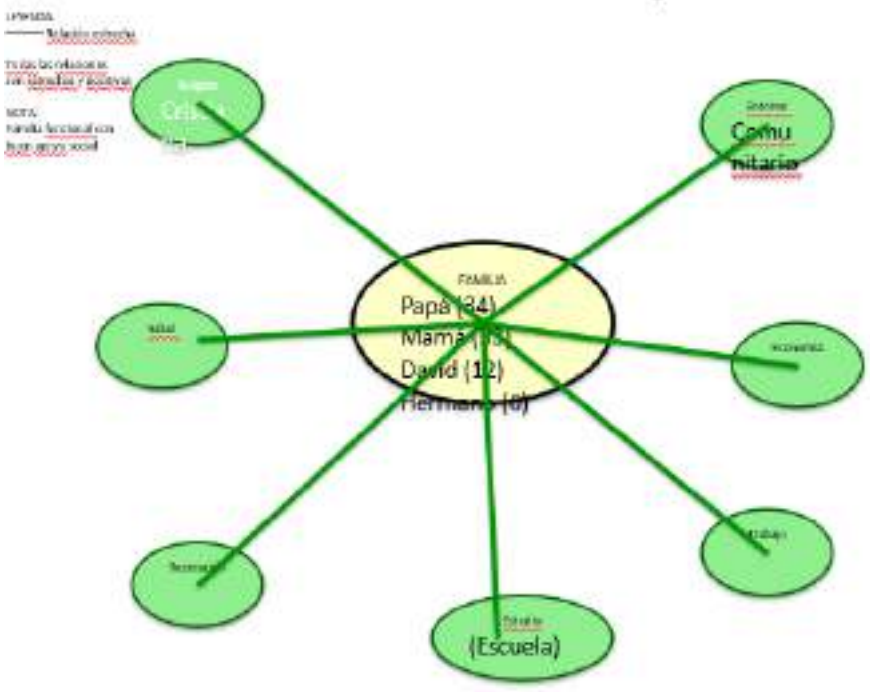


## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** SANTIAGO DAVID MUÑOZ
**EDAD:** 12 AÑOS
**DOCUMENTO:** PPT 50472
**EPS:** SALUD TOTAL
**CELULAR:** 3045264615
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** LOS CAOBOS

## 2. ECOMAPA



Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 22 de febrero de 2026 a las 4:40
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

CANTOR

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

07 / 03 / 2003

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

SANTIAGO

SEGUNDO NOMBRE

DAVID

PRIMER APELLIDO *

MUÑOZ

SEGUNDO APELLIDO

PEREZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso por Protección Temporal

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

5047200000

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

07 / 03 / 2003

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

NO DATO

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

NO DATO

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

NO DATO

SEGUNDO
APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3045264615

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

DEFICIT DE ATENCION, 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 *

- [ ] 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 *

3045264615

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 *

CAOBOS BAJANDO POR EL CONJUNTO MONTEBELLO A MANO IZQUIERDA, AL LADO DE LA PANADERIA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PAPA 34, MAMA 33, HERMANO 6

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

RIESGOS DE ANSIEDAD ANTE CAMBIOS O CRISI

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE CANALIZA A PSICOLOGIA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.446

Peso

40

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

75

Saturación de oxigeno

96%

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

.....

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

Archivos enviados

PDF 39. SANTIAGO MUÑOZ - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

Gmail

**ANGELICA RIVERA <gecavis2016@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> 22 de febrero de 2026 a las 4:48
Para: GECAVIS2016@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 *

GECAVIS2016@GMAIL.COM

REMITIDO POR: *

XIMENA ERAZO

MOTIVO VISITA *

CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [x] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

01 / 05 / 1966

## INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUCIA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

ESPINOSA

SEGUNDO APELLIDO

FERNANDEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

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

35472594

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

01 / 05 / 1966

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: *

ARTROSIS DE CADERA Y COLUMNA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

3174525620

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 *

CAOBOS ENTRADA FINCA SANTA CLARA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H 18

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

RED DE APOYO INTEGRA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLES RELACIONADOS CON ALIMENTACIÓN ENFOCADA EN CINCO TIEMPOS DE COMIDA Y CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS, CINCO PORCIONES DIARIAS, DISMINUCIÓN DEL CONSUMO DE ALIMENTOS ULTRA PROCESADOS, AUMENTÓ DE LA ACTIVIDAD FÍSICA A MEDIA HORA DIARIA, CIENTO CINCUENTA MINUTOS A LA SEMANA , CONSUMO DE AGUA, HORAS DE SUEÑO Y DESCANSO A OCHO HORAS DIARIAS, ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA MEMORIA Y ASISTENCIA A LOS CONTROLES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS SEGÚN CADA CICLO VITAL Y APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN. SE INFORMA SOBRE EL ESQUEMA DE LOS TAMIZAJES DE CITOLOGÍA, MAMOGRAFÍA Y PSA, CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS (HIPERTENSIÓN, DIABETES), SALUD MENTAL. CONTROL Y REGISTRO DE SIGNOS VITALES.

FAMILIARES *

SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, ENFOCADOS EN LA RPMS, RMPR, PREVENCIÓN SOBRE LOS DIFERENTES TIPOS DE CANCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN DE SENO, PREVENIR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES, ACCIDENTES DOMÉSTICOS, MALTRATO, DIFERENTES TIPOS DE VIOLENCIA. IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. IMPORTANCIA DE TENER LOS ESQUEMAS DE VACUNACIÓN AL DÍA, SEGÚN CICLOS VITALES Y SEGÚN LOS HALLAZGOS EVIDENCIADOS EN LA VISITA. SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA VACUNA DE FIEBRE AMARILLA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, MANEJO, CICLOS VITALES PRIORITARIOS QUE DEBEN VACUNARSE, HORARIOS Y LUGARES DE ATENCIÓN. SE ENRUTA LA POBLACIÓN SEGÚN NECESIDAD, HALLAZGOS Y SSEGÚN APLIQUE EN LAS RUTAS ENMARCADAS EN LA RESOLUCIÓN 3280.

INSTITUCIONALES *

SE DA A CONOCER EL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE SE OFRECEN EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO CON SUS MÚLTIPLES ESPECIALIDADES. BRIGADAS DE SALUD REALIZADAS EN EL TERRITORIO. CAMPAÑAS DE PROMOCION Y PREVECNION POR MEDIO DE SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

PENSINADA. HA TENIDO INCONVENIETES CON CITAS MEDICAS EN SU IPS

Talla

1.60

Peso

56

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

74

Saturación de oxigeno

96%

Tensión arterial

118/80

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

75

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

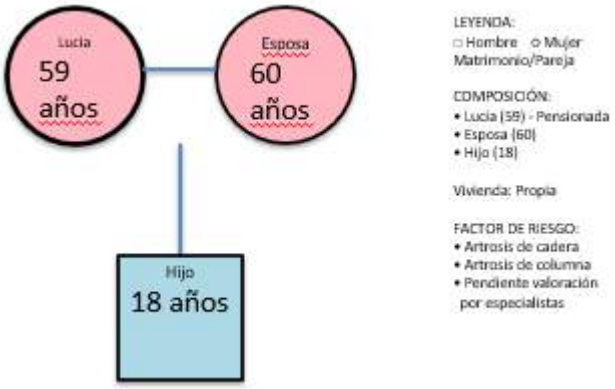
Archivos enviados

40. LUCIA ESPINOSA - ANGELICA RIVERA.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

## 1. FAMILIOGRAMA




**NOMBRES Y APELLIDOS:** LUCIA ESPINOSA FERNANDEZ
**EDAD:** 59 AÑOS
**DOCUMENTO:** CC.35472594
**EPS:** FAMISANAR
**CELULAR:** 3174525620
**VEREDA:** LA BALSA
**SECTOR:** LOS CAOBOS FINCA SANTA CLARA

## 2. ECOMAPA

