ANGELICA RIVERA

MOTIVO VISITA *

VISITA ADULTO MAYOR CRONICO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

04 / 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: *

HIPERTENSIÓN ARTERIAL HIPOTIROIDISMO HIPOACUSIA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA GASTRITIS HERNIAS DISCALES

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3008717162

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA LA BALSA SECTOR LOS CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

NO RECUERDA

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

VIVE CON ESPOSO, HIJOS VIVEN CERCA Y ESTAN PENDIENTES, RECIBEN ACOMPAÑAMIENTO PARA LAS CITAS MEDICAS.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: HIPOSODICA
CONTROLES MÉDICOS: SI 24 ENERO 2026
CONTROLES ODONTOLÓGICOS NO
VACUNAS: COVID 2 DOSIS
TAMIZAJES SEGÚN EDAD: MENCIONAN AL DIA
ADULTA MAYOR CON ADECUADOS CONTROLES MEDICOS, CON EVIDENICA DE DESATURACIONES, SE ENCUNTRA UTILIZNADO INHALADORES Y ESTA EN TRAMITES PARA SEGUIMEINTO POR NEUMOLOGIA CON ORDEN DE PARACLINICIOS, SEGUN FAMILIAR EN TRAMITES PARA OXIGENO DOMICILIARIO, ADEMAS SE EVIDENCIA HIPOACUSIA MENCIONAN TIENE AUDIFONOS PERO AUN NO SE ADPATA, SE REALIZA EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HACIENDO ENFASIS EN ALIMENTACION, REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA, EDUCO EN FRECUENCIA DE REALIZACION DE PARACLINICOS DE TAMIZAJE A CORDE A RESOLUCION 3280, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS, SE DAN SIGNOS DE ALARMA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES, ASISTIR A PROGRAMA DE ADULTO MAYOR

INSTITUCIONALES *

SEGUIMEINTO TERPAIA RESPIRATORIA, ENFERMERIA

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.40

Peso

76

Frecuencia respiratoria

25

Frecuencia cardiaca

110

Saturación de oxigeno

82

Tensión arterial

128/78

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

110

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

Archivos enviados

14.1 CLEMENTINA ROMERO ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

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

DATOS BASICOS



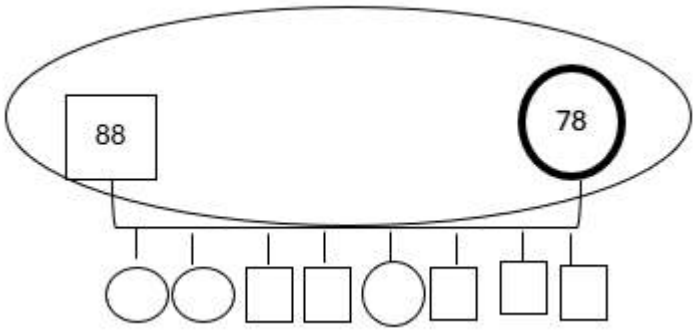
NOMBRE COMPLETO:
CLEMENTINA ROMERO
EDAD: 78 AÑOS
DOCUMENTO CC 23983160

EPS SANITAS

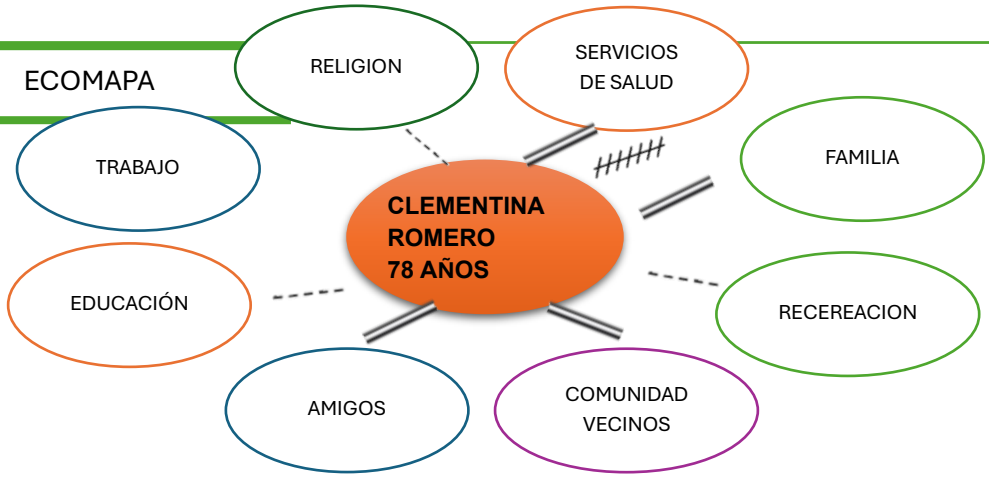
CELULAR: 3008717162

VEREDA LA BALSA SECTOR LOS CAOBOS
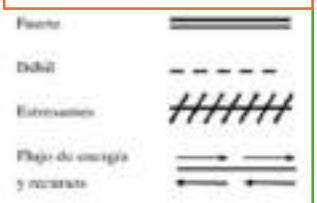
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
BAUTISTA PAEZ MORENO
EDAD: 88 AÑOS
DOCUMENTO CC 4226004

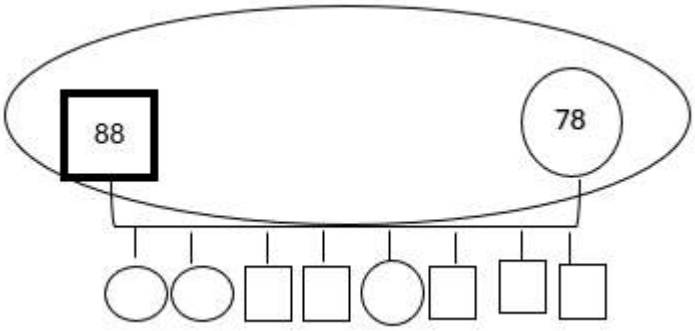
EPS SANITAS

CELULAR: 3008717162

VEREDA LA BALSA SECTOR LOS CAOBOS



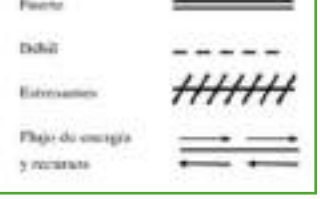
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@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 18:26
Para: majohm1019@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 *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA RIVERA

MOTIVO VISITA *

VISITA ADULTO MAYOR CRONICO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

04 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

BAUTISTA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

PAEZ

SEGUNDO APELLIDO

MORENO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

4226004

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

19 / 07 / 1937

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA OXÍGENO REQUIRENTE DE FORMA PERMANENTE HIPOTIROIDISMO ÚLCERA VENOSA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3008717162

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA LA BALSA SECTOR LOS CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

NO RECUERDA

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

VIVE CON ESPOSA, HIJO VIVEN CERCA Y ESTAN PENDIENTES DEL CUIDADO, REALIZAN ACOMPAÑAMIENTO A CONTROLES MEDICOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: HIPOSODICA
CONTROLES MÉDICOS: SI, ULTIMO CONTROL POR CRONICOS 24 ENERO 2026
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: NO
VACUNAS:COVID: 2 DOSIS, INFLUENZA: NO RECUERDA
TAMIZAJES SEGÚN EDAD: REFIERE AL DIA
ADULTO MAYOR CON ADECUADOS CONTROLES MEDICOS, QUIÉN ESTUVO HOSPITALIZADO EN DICIEMBRE POR EXACERBACIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR SE BRINDA ORIENTACIÓN SOBRE SUS PATOLOGÍAS DE BASE RIESGOS COMPLICACIONES Y FORMAS PARA EVITARLOS ADEMÁS DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
SE REALIZA EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HACIENDO ENFASIS EN ALIMENTACION, REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA, EDUCO EN FRECUENCIA DE REALIZACION DE PARACLINICOS DE TAMIZAJE A CORDE A RESOLUCION 3280, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES,

INSTITUCIONALES *

SEGUIMIENTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.62

Peso

71

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

84

Saturación de oxigeno

88

Tensión arterial

111/59

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

103

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

Archivos enviados

15.1 BAUTISTA PAEZ MORENO ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
ELISERIA EDEGUA BELTRAN
EDAD: 59 AÑOS
DOCUMENTO CC 68302517

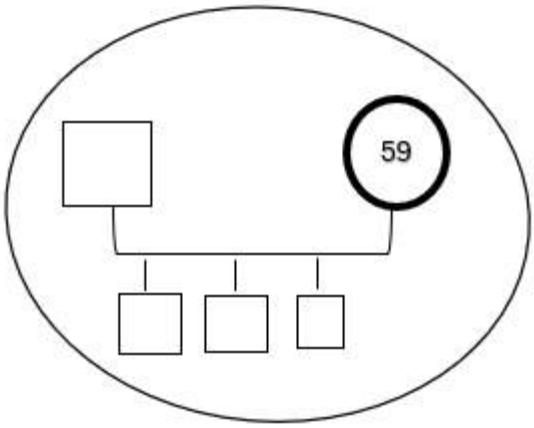
EPS EJERCITO

CELULAR: 3008717162

VEREDA LA BALSA SECTOR LOS CAOBOS



FAMILIOGRAMA

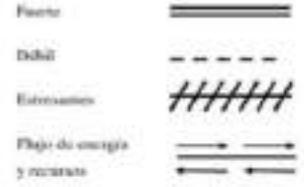




ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Maria Hernandez <majohm1019@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 18:46
Para: majohm1019@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 *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA RIVERA

MOTIVO VISITA *

VISITA PACIENTE CRONICO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

04 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ELISERIA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

EDEGUA

SEGUNDO APELLIDO

BELTRA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

68302517

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

14 / 06 / 1976

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Régimen_de_excepción_especial

EPS *

Dirección de Sanidad Fuerzas Militares

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Sanidad Militar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

CARDIOPATIA CHAGASICA, USUARIA DE MARCAPASOS, CARDIODESFIBRILADOR

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 *

VEREDA LA BALSA SECTOR LOS CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

VIVE CON ESPOSO Y 2 HIJOS.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI, HIPOSODICA
CONTROLES MÉDICOS: SI FRECUENTES
CONTROLES ODONTOLÓGICOS SI
VACUNAS: AL DIA
TAMIZAJES SEGÚN EDAD:AL DIA
ADULTA CON ADECUADOS CONTROLES MEDICOS, QUIÉN SE ENCUENTRA EN SEGUIMIENTOS FRECUENTES POR SU SERVICIO DE SALUD HACE POCO REALIZARON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO A CORAZÓN ABIERTO EN EL MOMENTO MENCIONA FUNCIÓN CARDIACA CONTENCIÓN A LA MEJORÍA, SE EXPLICA DEBE CONTINUAR CON SUS CONTROLES MÉDICOS RUTINARIOS ASÍ COMO UNA REALIZACIÓN DE SUS PARACLÍNICOS ESTÁ PENDIENTE POR TOMAR HOLTER SE REALIZ EDUCACIÓN FRENTE A MEDICAMENTOS DE BASE ASÍ COMO SU BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON EL FIN DE EVITAR POSIBLES RIESGOS Y COMPLICACIONES SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR CON EL SERVICIO URGENCIAS SE REALIZA EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HACIENDO ENFASIS EN ALIMENTACION, REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA, EDUCO EN FRECUENCIA DE REALIZACION DE PARACLINICOS DE TAMIZAJE A CORDE A RESOLUCION 3280, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES.

INSTITUCIONALES *

SEGUIMEINTO RUTA CARDIOVASCULAR

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.50

Peso

53

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

68

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

112/68

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

93

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

Archivos enviados

16.1 ELISERIA EDEGUA BELTRAN ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 20 de febrero de 2026 a las 15:35
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ENDERSON

SEGUNDO NOMBRE

JOSUE

PRIMER APELLIDO *

ELLES

SEGUNDO APELLIDO

AMARIS

TIPO DE DOCUMENTO *

Menor sin Identificar

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

3213024519

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

03 / 05 / 2015

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

KARLA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

MARIA

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

ELLES

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

GIL

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3213024519

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

NA

EPS *

NO AFILIADO

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

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

☐ Otro:

TELEFONO DE CONTACTO *

3213024519

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

Vereda Bojaca sector el Pozo, por la entrada de la tienda de huevos al fondo en inquilinato

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MADRE, HERMANOS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE Y HERMANOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

DOCUMENTO ACTA 628
ALIMENTACIÓN: RICA EN CARBOHIDRATOS, ALTO CONSUMO DE DULCES
VACUNACIÓN: AL DIA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: NO ASISTE
OPTOMETRÍA: NO EN EL ULTIMO AÑO
ODONTOLOGÍA: NO.
DESPARASITACIÓN: NO
BARNIZ DE FLÚOR: NO
MENOR EN QUIEN SE REALIZA CONTROL DE CRECIMIENTO T/E: TALLA BAJA PARA LA EDAD, IMC/E: RIESGO DE DELGADEZ EDUCO EN ALIMETACION, , SE EDUCA EN

PREVENCIÓN DE IRA (INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA), EDA (ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA).

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR DOCUMENTACION, SOLICITAR PUNTAJE DE SISBEN, AFILIZACION AL SISTEMA DE SALUD

FAMILIARES *

ASISTIR A PROGRAMAS MUNICIPALES DE RECREACION Y DEPORTE

INSTITUCIONALES *

SEGUMIENTO NUTRICION Y ENFERMERI

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

135

Peso

27.2

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

80

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

17.1 ENDERSON JOSUE ELLES ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

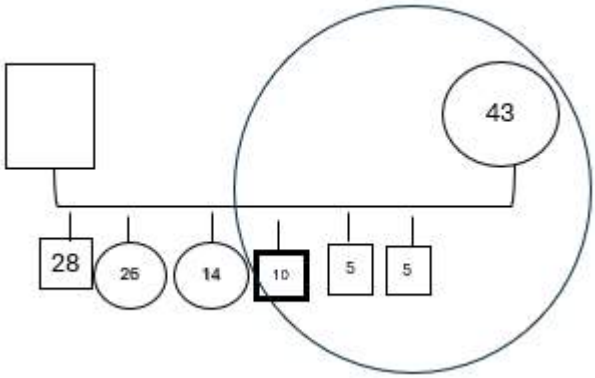
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
ENDERSON JOSUE ELLES AMARI
EDAD:10 AÑOS
DOCUMENTO ACTA 628
EPS: NO TIENE
CELULAR: 3213024519
Vereda Bojaca sector el Pozo

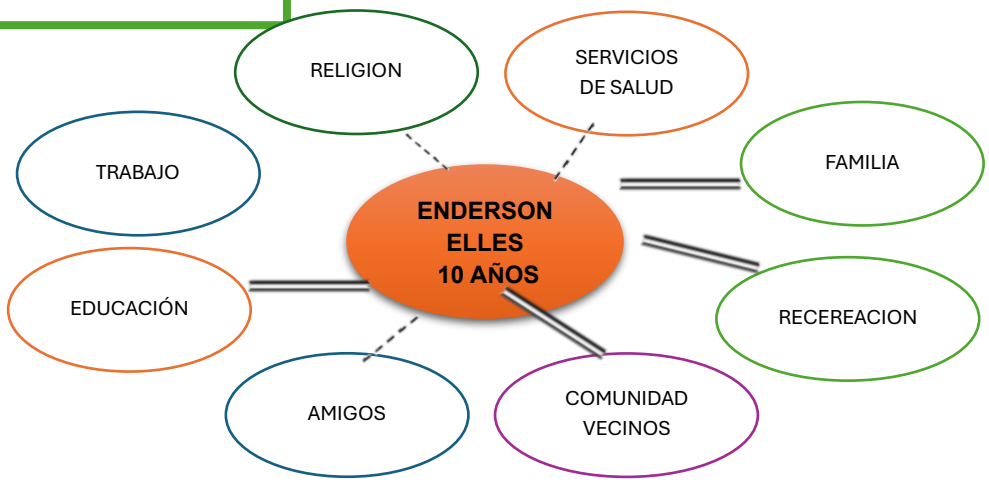


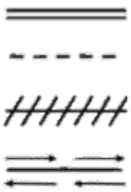
FAMILIOGRAMA



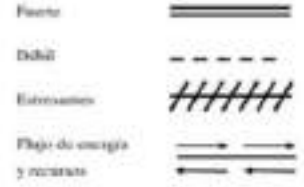


ECOMAPA





CONVENCIONES



DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
LUISANY RIOS JIMENEZ
EDAD: 37 **AÑOS**
DOCUMENTO PPT 5293523

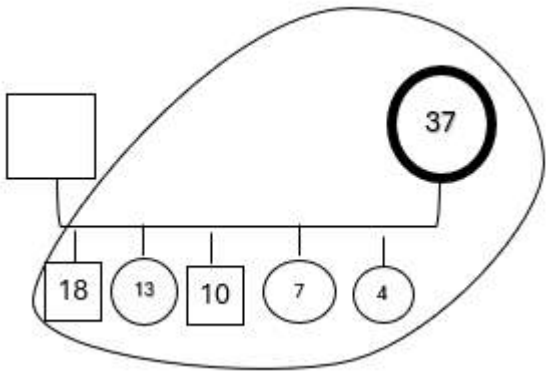
EPS CAJACOPI

CELULAR: 3026752935

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO

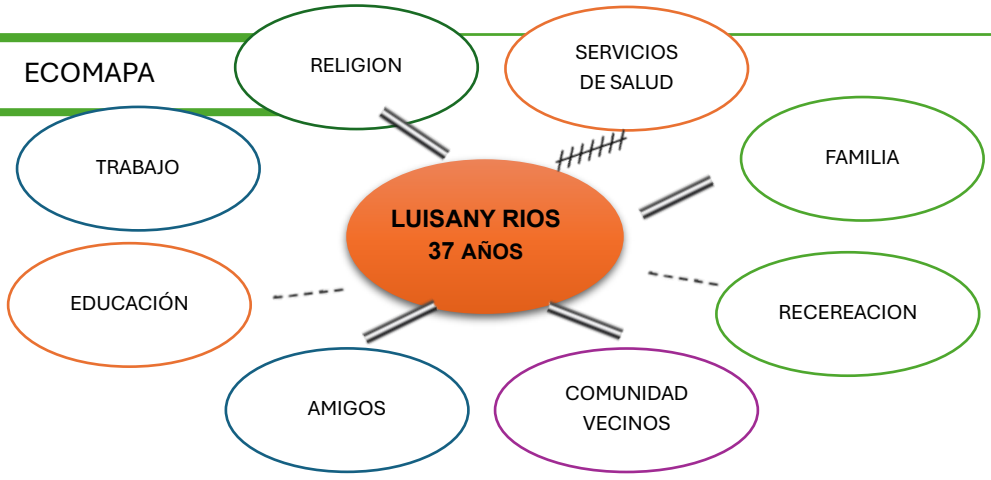


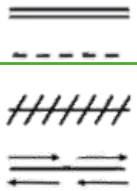
FAMILIOGRAMA



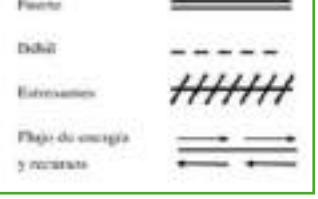


ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail **Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 20 de febrero de 2026 a las 19:48
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUISANY

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

RIOS

SEGUNDO APELLIDO

JIMENEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso por Protección Temporal

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

5293523

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

23 / 02 / 1988

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

CAJACOPI

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

BARRANQUILLA

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 *

3026752935

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO, POR LA ENTRADA DE LA TIENDA DE HUEVOS AL FONDO EN INQUILINATO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

18,13,10,7,4

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON HIJOS, PADRE DE LOS HIJOS VIVE EN ESTADO UNIDOS REALIZA APORTES ECONOMICOS.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: NO
CONTROLES MÉDICOS: NO
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: NO
VACUNAS:COVID
TAMIZAJES SEGÚN EDAD: NO
ADULTA QUIEN NO A LOGRADO CONTROLES MEDICOS, YA QUE NO A LOGRADO REALIZAR PRTABILIDAD, MENCIONA A REALIZADO DIFERENTES PROCESOS EN LOS ULTIMSO MESES SIN OBTENER UNA RESPUESTA, SE REALIZA EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HACIENDO ENFASIS EN ALIMENTACION, REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA, EDUCO EN FRECUENCIA DE REALIZACION DE PARACLINICOS DE TAMIZAJE A CORDE A RESOLUCION 3280, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES,

INSTITUCIONALES *

ASEGURAMIENTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.64

Peso

86

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

77

Saturación de oxigeno

95

Tensión arterial

108/82

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

111

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

Archivos enviados

18.1 LUISANY RIOS JIMENEZ ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

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

DATOS BASICOS

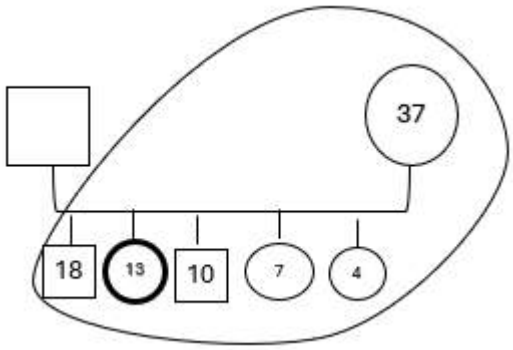


NOMBRE COMPLETO:
ALEANNY ALEJANDRA CASTILLO RIOS
EDAD: 13 **AÑOS**
DOCUMENTO PPT 5299255
EPS CAJACOPI

CELULAR: 3026752935

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO

FAMILIOGRAMA





ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 20 de febrero de 2026 a las 21:07
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ALANNY

SEGUNDO NOMBRE

ALEJANDRA

PRIMER APELLIDO *

CASTILLO

SEGUNDO APELLIDO

RIOS

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso por Protección Temporal

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

5299255

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

23 / 03 / 2012

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LUISANY

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

RIOS

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3026752935

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

CAJACOPI

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

BARRANQUILLA

Antecedentes Personales en Salud: *

NO

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 *

3026752935

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO, POR LA ENTRADA DE LA TIENDA DE HUEVOS AL FONDO EN INQUILINATO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE Y HERMANO, ESTUDIANTE DE 7 GRADO.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CONSUMO DE ALCOHOL/SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: NO
INICIO DE VIDA SEXUAL: NO
ACTIVIDAD FÍSICA: NO
USO DE TIEMPO LIBRE: DIBUJO
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS: HABITUAL
WHOOLEY GAD2: ¿DURANTE EL PASADO MES:
- ¿HA TENIDO POCO INTERÉS O HA DISFRUTADO POCO HACIENDO COSAS?; NO.
- ¿SE HA SENTIDO DESANIMADO/A, DEPRIMIDO/A O DESESPERANZADO/A? NO
ALIMENTACIÓN: 3 COMIDAS PRINCIPALES. AGUA OK.
OCASIONAL GOLOSINAS, PAQUETES, GASEOSAS
SUEÑO: SIN ALTERACIONES. DUERME DE 9: 30 PM A 5:30 AM
VALORACIÓN POR:

OPTOMETRÍA:NO
ODONTOLOGÍA: NO
MENARQUIA 11 AÑOS
T/E:ADECUADO, IMC/E: ADECUADO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES, ASISTIR A PROGRAMAS MUNICIPALES DE RECREACION Y DEPORTE

INSTITUCIONALES *

ASEGURAMIENTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.59

Peso

46

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

80

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

19.1 ALEANNY ALEJANDRA CASTILLO ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

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

DATOS BASICOS



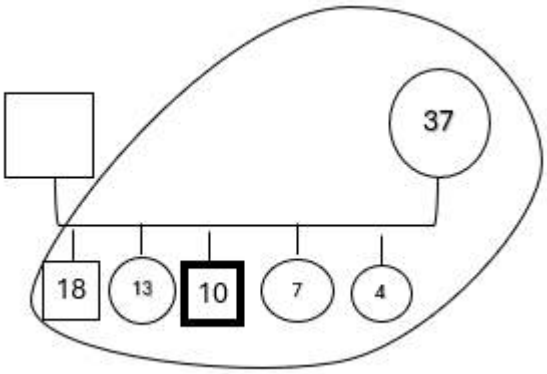
NOMBRE COMPLETO:
ALEX SEBASTIAN CASTILLO RIOS
EDAD: 10 **AÑOS**
DOCUMENTO PPT 5299178

EPS CAJACOPI

CELULAR: 3026752935

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO

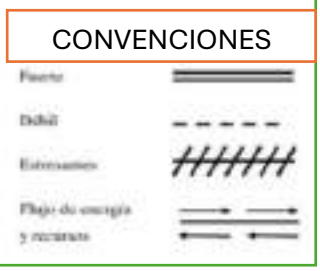
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 20 de febrero de 2026 a las 21:17
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ALEX

SEGUNDO NOMBRE

SEBASTIAN

PRIMER APELLIDO *

CASTILLO

SEGUNDO APELLIDO

RIOS

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso por Protección Temporal

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

5299178

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

02 / 12 / 2015

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LUISANY

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

RIOS

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3026752935

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

CAJACOPI

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

BARRANQUILLA

Antecedentes Personales en Salud: *

NO

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 *

3026752935

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO, POR LA ENTRADA DE LA TIENDA DE HUEVOS AL FONDO EN INQUILINATO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE Y HERMANOS, ESCOLARIZADO CURSANDO 5 GRADO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESCOLAR SIN CONTROLES MEDICOS EN LOS ULTIMOS TRES AÑOS, QUIEN NO A LOGRADO CONTROLES MEDICOS, YA QUE NO A LOGRADO REALIZAR PRTABILIDAD, MENCIONA A REALIZADO DIFERENTES PROCESOS EN LOS ULTIMSO MESES SIN OBTENER UNA RESPUESTA,
USO DE TIEMPO LIBRE: CELULAR
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS: HABITUAL
WHOOLEY GAD2: ¿DURANTE EL PASADO MES:
- ¿HA TENIDO POCO INTERÉS O HA DISFRUTADO POCO HACIENDO COSAS?; NO.
- ¿SE HA SENTIDO DESANIMADO/A, DEPRIMIDO/A O DESESPERANZADO/A? NO
ALIMENTACIÓN: 3 COMIDAS PRINCIPALES. AGUA OK.
OCASIONAL GOLOSINAS, PAQUETES, GASEOSAS
SUEÑO: SIN ALTERACIONES. DUERME DE 9: 00 PM A 5:30 AM

VALORACIÓN POR:
OPTOMETRÍA:NO
ODONTOLOGÍA: NO
T/E:ADECUADO, IMC/E: SOBREPESO
SE EDUCA EN PREVENCIÓN DE IRA (INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA), EDA (ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA).

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR PORTABILIDAD E INICIAR CONTROLES POR VALORACION INTEGRAL, SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES

INSTITUCIONALES *

ASEGURAMIENTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

137

Peso

38

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

82

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

.....

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

Archivos enviados

PDF 20..1 ALEX SEBASTIAN CASTILLO ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 20 de febrero de 2026 a las 21:29
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUCIANA

SEGUNDO NOMBRE

ANNETTE

PRIMER APELLIDO *

CASTILLO

SEGUNDO APELLIDO

RIOS

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1240495829

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

27 / 09 / 2021

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LUISANY

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

RIOS

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3026752935

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

CAJACOPI

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

BARRANQUILLA

Antecedentes Personales en Salud: *

NO

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 *

3026752935

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO, POR LA ENTRADA DE LA TIENDA DE HUEVOS AL FONDO EN INQUILINATO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE Y HERMANOS, ASISTE A JARDIN

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ALIMENTACIÓN: REFIERE BALANCEADA
VACUNACIÓN: AL DIA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: HACE 3 AÑOS
OPTOMETRÍA: HACE 3 AÑOS
ODONTOLOGÍA: HACE 3 AÑOS
DESPARASITACIÓN: NO
BARNIZ DE FLÚOR: NO
MENOR EN QUIEN SE REALIZA CONTROL DE CRECIMIENTO PERÍMETRO CEFÁLICO/EDAD: NORMAL,PESO/EDAD: PESO ADECUADO PARA LA EDAD,PESO/TALLA: PESO ADECUADO PARA LA TALLA, TALLA/EDAD:TALLA ADECUADA PARA LA EDAD SE EDUCA EN PREVENCIÓN DE IRA (INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA), EDA (ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA).

NO HAY SIGNOS DE ENFERMEDAD GRAVE POR AIEPI.
NO SE DETECTAN SIGNOS DE MALTRATO NI DISFUNCIÓN FAMILIAR POR APGAR.
NO HAY SIGNOS DE ALARMA PARA CÁNCER INFANTIL.
PRESENTA LESIONES APENDICULARES EN ROSTRO, PERIAURICULAR

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR PORTABILIDAD E INICIAR CONTROLES POR VALORACION INTEGRAL,CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS: DISMINUCIÓN EN LA INTERACCIÓN CON EL MEDIO, SE ADORMECE CON FACILIDAD Y NO ES FÁCIL DESPERTARLO, NO COME, VOMITA TODO LO QUE COME, TIENE FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS POR MÁS DE 2 DÍAS A PESAR DEL MANEJO CON ACETAMINOFÉN , RESPIRA RÁPIDO, SE LE HUNDEN LAS COSTILLAS, SE DUERME Y NO RESPONDE AL LLAMADO, DEPOSICIONES LÍQUIDAS PERSISTENTES, DEPOSICIÓN CON MOCO O SANGRE, VÓMITO PERSISTENTE, CONVULSIONES, TIENE LOS OJOS HUNDIDOS, IRRITABILIDAD, SE PONE AZUL, MANCHAS EN LA PIEL, TOS QUE LO PONE MORADO, TOS QUE LO HACE VOMITAR. SILBIDOS EN LA GARGANTA O EN EL PECHO.

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A PROGRAMAS MUNICIPALES DE RECREACION Y DEPORTE

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

103

Peso

15.1

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

92

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

Perímetro braquial

16.0

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

21.1 LUCIANA ANNETTE CASTILLO RIOS ECO - Maria Hernandez.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

Unidos por su Salud

DATOS BASICOS

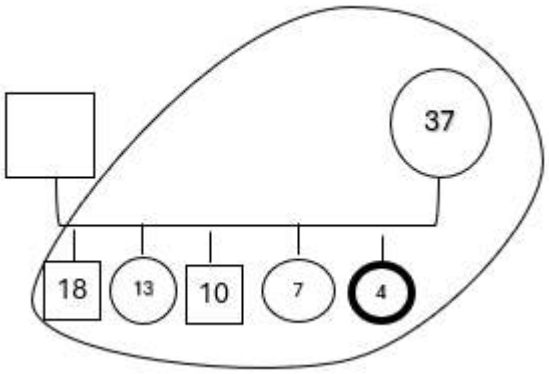


NOMBRE COMPLETO:
LUCIANA ANNETTE CASTILLO RIOS
EDAD: 4 AÑOS
DOCUMENTO RC1240495829
EPS CAJACOPI

CELULAR: 3026752935

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO

FAMILIOGRAMA





ECOMAPA



CONVENCIONES



DATOS BASICOS

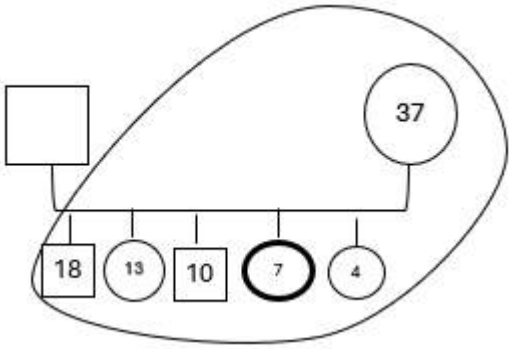


NOMBRE COMPLETO:
ALANNA ALEXANDRA CASTILLO RIOS
EDAD: 7 AÑOS
DOCUMENTO RC 1143273397
EPS CAJACOPI

CELULAR: 3026752935

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO

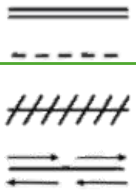
FAMILIOGRAMA
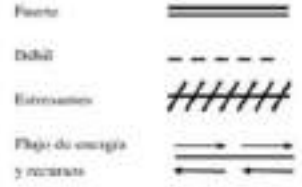




ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail **Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 20 de febrero de 2026 a las 21:37
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ALANA

SEGUNDO NOMBRE

ALEXANDRA

PRIMER APELLIDO *

CASTILLO

SEGUNDO APELLIDO

JIMENEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1143273397

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

24 / 09 / 2018

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LUISANY

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

RIOS

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3026752935

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

CAJACOPI

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

BARRANQUILLA

Antecedentes Personales en Salud: *

NO

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 *

3026752935

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO, POR LA ENTRADA DE LA TIENDA DE HUEVOS AL FONDO EN INQUILINATO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE Y HERMANOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ALIMENTACIÓN: BALANCEADA
VACUNACIÓNAL DIA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: HACE 3 AÑOS
OPTOMETRÍA: HACE 3 AÑOS
ODONTOLOGÍA: HACE 3 AÑOS
DESPARASITACIÓN: NO
BARNIZ DE FLÚOR: NO
MENOR EN QUIEN SE REALIZA CONTROL DE CRECIMIENTO T/E:ADECUADO, IMC/E: ADECUADO, SE EDUCA EN PREVENCIÓN DE IRA (INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA), EDA (ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA).
QUIEN NO A LOGRADO CONTROLES MEDICOS, YA QUE NO A LOGRADO REALIZAR

PRTABILIDAD, MENCIONA A REALIZADO DIFERENTES PROCESOS EN LOS ULTIMSO MESES SIN OBTENER UNA RESPUESTA,

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES

INSTITUCIONALES *

ASEGURAMIENTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

119

Peso

20.2

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

86

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

22.1 ALANNA ALEXANDRA CASTILLO RIOS ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

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

DATOS BASICOS



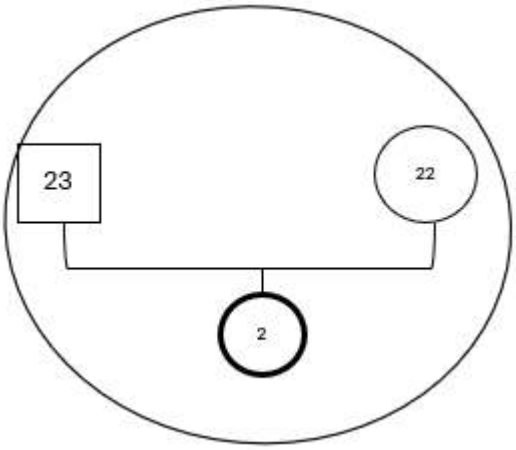
NOMBRE COMPLETO:
LIA VALENTINA OCANDO GONZALEZ
EDAD: 2 **AÑOS**
DOCUMENTO ACTA 775

EPS NO TIENE

CELULAR: 3014650895

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO

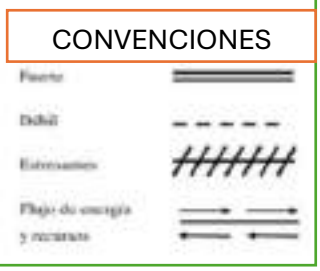
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 20 de febrero de 2026 a las 21:53
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LIA

SEGUNDO NOMBRE

VALENTINA

PRIMER APELLIDO *

OCANDO

SEGUNDO APELLIDO

GONZALEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula Extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

775000

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

25 / 08 / 2023

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

GONZALEZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3014650895

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

NA

EPS *

NO AFILIADO

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO

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

☐ Otro:

TELEFONO DE CONTACTO *

3014650895

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO, POR LA ENTRADA DE LA TIENDA DE HUEVOS AL FONDO EN INQUILINATO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON PADRES, RESIDE EN CHIA HACE 4 MESES

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ALIMENTACIÓN: MENCIONAN ALTA INGESTA DE CARBOHIDRATOS
VACUNACIÓN: INCOMPLENTO - ESQUEMA DE VENEZUELA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: HACE 6 MESES
OPTOMETRÍA: NO
ODONTOLOGÍA: NO
DESPARASITACIÓN: NO
BARNIZ DE FLÚOR: NO
MENOR EN QUIEN SE REALIZA CONTROL DE CRECIMIENTO PERÍMETRO CEFÁLICO/EDAD: NORMAL,PESO/EDAD: PESO ADECUADO PARA LA EDAD,PESO/TALLA: PESO ADECUADO PARA LA TALLA, TALLA/EDAD:TALLA ADECUADA PARA LA EDAD SE EDUCA EN PREVENCIÓN DE IRA (INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA), EDA (ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA).

NO HAY SIGNOS DE ENFERMEDAD GRAVE POR AIEPI.
NO SE DETECTAN SIGNOS DE MALTRATO NI DISFUNCIÓN FAMILIAR POR APGAR.
NO HAY SIGNOS DE ALARMA PARA CÁNCER INFANTIL.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR DOCUMENTACION, SOLICITAR PUNTUACION DE SISBEN Y REALIZAR AFILIACION A SEGURIDAD SOCIAL, CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS: DISMINUCIÓN EN LA INTERACCIÓN CON EL MEDIO, SE ADORMECE CON FACILIDAD Y NO ES FÁCIL DESPERTARLO, NO COME, VOMITA TODO LO QUE COME, TIENE FIEBRE MAYOR A 38 GRADOS POR MÁS DE 2 DÍAS A PESAR DEL MANEJO CON ACETAMINOFÉN , RESPIRA RÁPIDO, SE LE HUNDEN LAS COSTILLAS, SE DUERME Y NO RESPONDE AL LLAMADO, DEPOSICIONES LÍQUIDAS PERSISTENTES, DEPOSICIÓN CON MOCO O SANGRE, VÓMITO PERSISTENTE, CONVULSIONES, TIENE LOS OJOS HUNDIDOS, IRRITABILIDAD, SE PONE AZUL, MANCHAS EN LA PIEL, TOS QUE LO PONE MORADO, TOS QUE LO HACE VOMITAR. SILBIDOS EN LA GARGANTA O EN EL PECHO.

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES

INSTITUCIONALES *

ASEGURAMIENTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

92

Peso

13.1

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

88

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

23.1 LIA VALENTINA OCANDO GONZALEZ ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
LUZ ESTHER GONZALEZ HERNANDEZ
EDAD: 22 **AÑOS**
DOCUMENTO CE 28687455

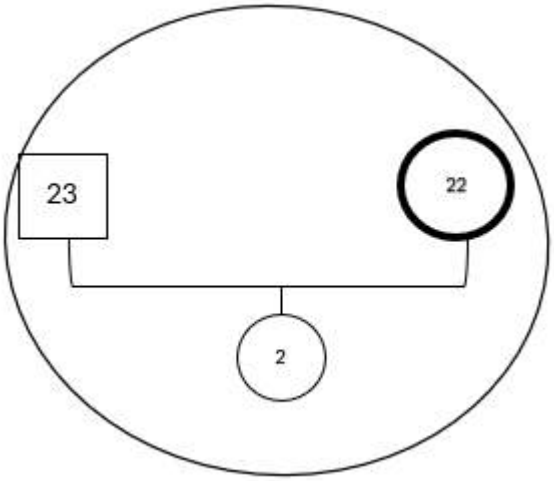
EPS NO TIENE

CELULAR: 3014650895

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO



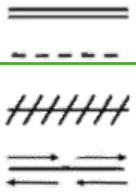
FAMILIOGRAMA



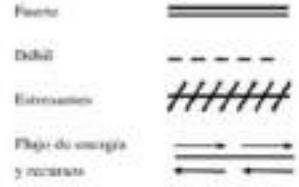


ECOMAPA





CONVENCIONES



Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 20 de febrero de 2026 a las 22:02
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE

ESTHER

PRIMER APELLIDO *

GONZALEZ

SEGUNDO APELLIDO

Hernandez

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula Extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

28687455

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2003

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

NA

EPS *

NO AFILIADO

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO

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
- [x] MIGRANTE IRREGULAR

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3014650895

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO, POR LA ENTRADA DE LA TIENDA DE HUEVOS AL FONDO EN INQUILINATO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

2

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON PAREJA E HIJA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE:NO
CONTROLES MÉDICOS: 2 AÑOS
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: NO
VACUNAS: COVD 2 DOSIS
TAMIZAJES SEGÚN EDAD:NO RECIENTES
ADULTA SIN CONTROLES MEDICOS, POR NO CONTAR CON DOCUMENTACION, SE REALIZA EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HACIENDO ENFASIS EN ALIMENTACION, REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA, EDUCO EN FRECUENCIA DE REALIZACION DE PARACLINICOS DE TAMIZAJE A CORDE A RESOLUCION 3280, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES

INSTITUCIONALES *

ASEGURAMIENTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.68

Peso

73

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

68

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

102/66

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

95

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

Archivos enviados

24.1 LUZ ESTHER GONZALEZ HERNANDEZ ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

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

DATOS BASICOS



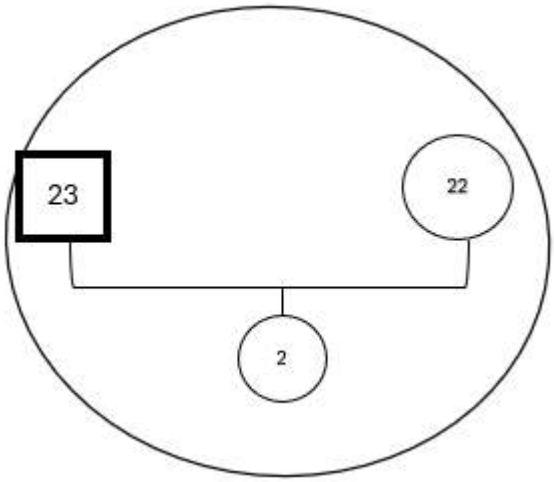
NOMBRE COMPLETO:
LEONARDO ELI OCANDO OCANDO
EDAD: 23 **AÑOS**
DOCUMENTO CE 28104124

EPS NO TIENE

CELULAR: 3014650895

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO

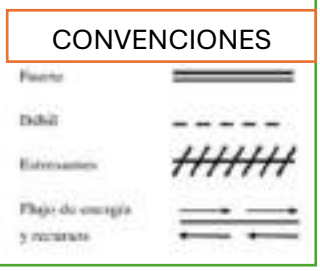
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 20 de febrero de 2026 a las 22:14
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LEONARDO

SEGUNDO NOMBRE

ELI

PRIMER APELLIDO *

OCANDO

SEGUNDO APELLIDO

OCANDO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula Extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

28104124

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

16 / 06 / 2002

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

NA

EPS *

NO AFILIADO

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO

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
- [x] MIGRANTE IRREGULAR

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3014650895

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO, POR LA ENTRADA DE LA TIENDA DE HUEVOS AL FONDO EN INQUILINATO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

2

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON PAREJA E HIJA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE:NO
CONTROLES MÉDICOS: 6 MESES
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: NO
VACUNAS:COVD 2 DOSIS
TAMIZAJES SEGÚN EDAD:NO
ADULTO SIN CONTROLES MEDICOS, SE REALIZA EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HACIENDO ENFASIS EN ALIMENTACION, REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA, EDUCO EN FRECUENCIA DE REALIZACION DE PARACLINICOS DE TAMIZAJE A CORDE A RESOLUCION 3280, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES,

INSTITUCIONALES *

ASEGURAMIENTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.70

Peso

67.5

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

66

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

106/62

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

25.1 LEONARDO ELI OCANDO OCANDO ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

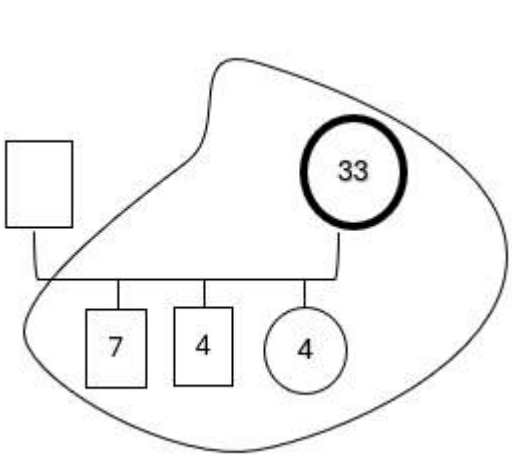
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS



NOMBRE COMPLETO:
ENDREINA MARIA ALVAREZ PEROZO
EDAD: 33 **AÑOS**
DOCUMENTO PPT 989476
EPS SANITAS
CELULAR: 3123866797
VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO

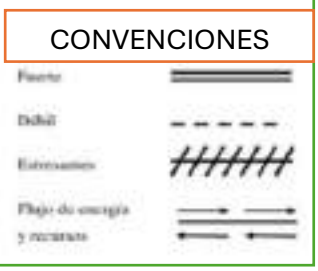
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 21 de febrero de 2026 a las 9:52
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ENDREINA

SEGUNDO NOMBRE

MARIA

PRIMER APELLIDO *

ALVAREZ

SEGUNDO APELLIDO

PERAZA

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso por Protección Temporal

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

989476

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

26 / 05 / 1992

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

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 *

3123866797

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO, POR LA ENTRADA DE LA TIENDA DE HUEVOS AL FONDO EN INQUILINATO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

4,7

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON HIJOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: REGULAR
CONTROLES MÉDICOS: NO
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: NO
VACUNAS: COVID: 2 DOSIS
TAMIZAJES SEGÚN EDAD: NO.
NO CUENTA CON METODO DE PLNIFICACION.
ADULTA SIN ASISTENCIA A CONTROLES MEDICOS EN LOS ULTIMOS AÑOS, SE REALIZA EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HACIENDO ENFASIS EN ALIMENTACION, REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA, EDUCO EN FRECUENCIA DE REALIZACION DE PARACLINICOS DE TAMIZAJE A CORDE A RESOLUCION 3280, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES

INSTITUCIONALES *

SEGUIMIENTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

150

Peso

61

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

69

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

109/73

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

26.1ENDREINA MARIA ALVAREZ PEROZO ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

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

DATOS BASICOS



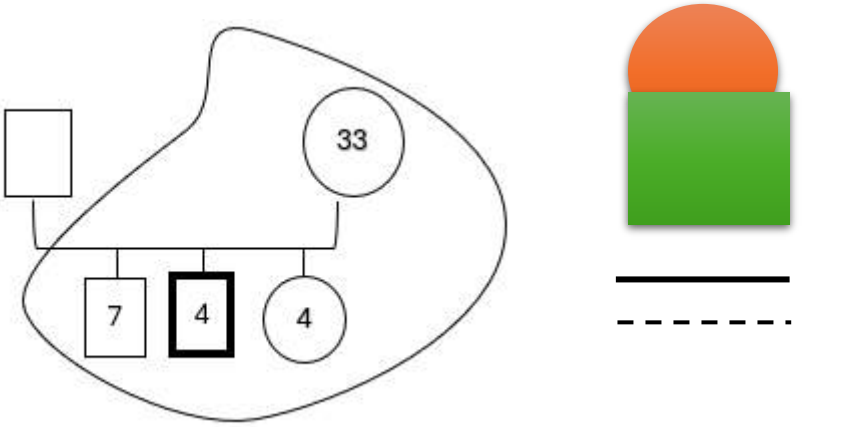
NOMBRE COMPLETO:
ESTEBAN DANIEL NAVA ALVAREZ
EDAD: 4 AÑOS
DOCUMENTO RC 1072679275

EPS SANITAS

CELULAR: 3123866797

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO

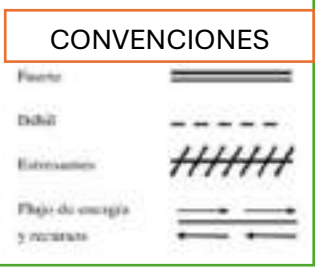
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 21 de febrero de 2026 a las 10:11
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

EXTEBAN

SEGUNDO NOMBRE

DANIEL

PRIMER APELLIDO *

NAVA

SEGUNDO APELLIDO

ALVAREZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072679275

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

03 / 07 / 2021

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

ENFREINA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

ALVAREZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3123866797

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO

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 *

3123866797

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO ENTRADA ESQUINA DONDE VENDEN HUEVO AL FONDO INQUILINATP

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE, HERMANOS, ESTUDIA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

VACUNACIÓN AL DIA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: HACE UN AÑO
OPTOMETRÍA: NO
ODONTOLOGÍA: NO
DESPARASITACIÓN: NO
BARNIZ DE FLÚOR: NO
MENOR EN QUIEN SE REALIZA CONTROL DE CRECIMIENTO PERÍMETRO CEFÁLICO/EDAD: NORMAL,PESO/EDAD: PESO ADECUADO PARA LA EDAD,PESO/TALLA: PESO ADECUADO PARA LA TALLA, TALLA/EDAD:TALLA BAJA, SE

EDUCA EN PREVENCIÓN DE IRA (INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA), EDA (ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA).

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ASISTIR A CONTROLES DE CRECIMEINTO Y DESAROLLO

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES

INSTITUCIONALES *

SEGUIMEINTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

101

Peso

17

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

Perímetro braquial

15.8

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

PDF 27.1 EXTEBAN DANIEL NAVA ALVAREZ ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

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

DATOS BASICOS



NOMBRE COMPLETO:
MARIBEL DEL VALLE NAVA ALVAREZ

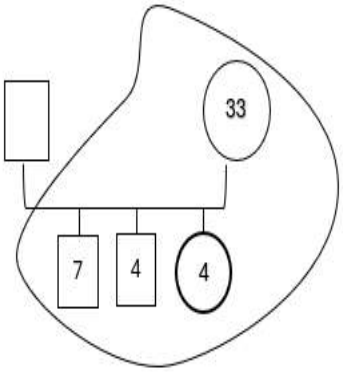
EDAD: 4 **AÑOS**
DOCUMENTO RC 1072679276

EPS SANITAS

CELULAR: 3123866797

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail **Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 21 de febrero de 2026 a las 10:22
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIBEL

SEGUNDO NOMBRE

DEL VALLE

PRIMER APELLIDO *

NAVA

SEGUNDO APELLIDO

ALVAREZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072679276

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

03 / 07 / 2021

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

ENDREINA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

ALVAREZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3123866797

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO

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 *

3123866797

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA SECTOR EL POZO TIENDA DE HUEVOS POR LA ENTRADA DESTAPADA INQUILINATO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE Y HERMANOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

VACUNACIÓN: AL DIA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: HACE UN AÑO
OPTOMETRÍA: NO
ODONTOLOGÍA: NO
DESPARASITACIÓN: NO
BARNIZ DE FLÚOR: NO
MENOR EN QUIEN SE REALIZA CONTROL DE CRECIMIENTO PERÍMETRO CEFÁLICO/EDAD: NORMAL,PESO/EDAD:RIESGO DE DESNUTRICION,PESO/TALLA: PESO ADECUADO PARA LA TALLA, TALLA/EDAD:TALLA BAJA PARA LA EDAD SE EDUCA EN PREVENCIÓN DE IRA (INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA), EDA (ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA).
NO HAY SIGNOS DE ENFERMEDAD GRAVE POR AIEPI.

NO SE DETECTAN SIGNOS DE MALTRATO NI DISFUNCIÓN FAMILIAR POR APGAR.
NO HAY SIGNOS DE ALARMA PARA CÁNCER INFANTIL.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ASISTIR A CONTROLES DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES,

INSTITUCIONALES *

SEGUIMIENTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

97

Peso

15.2

Frecuencia respiratoria

21

Frecuencia cardiaca

85

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

Perímetro braquial

15

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

28.1 MARIBEL DEL VALLE NAVA ALVAREZ ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

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

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: ROBERTO JOSE NAVA ALVAREZ
EDAD: 7 AÑOS
DOCUMENTO ppt 5280374

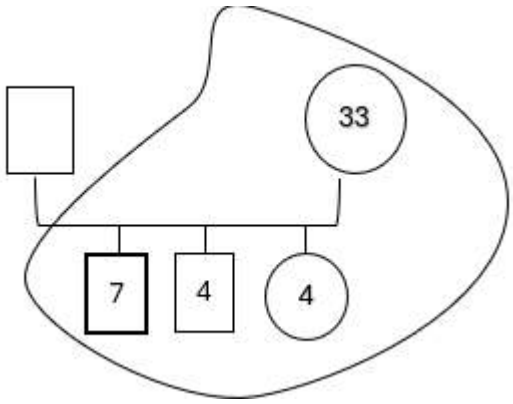
EPS SANITAS

CELULAR: 3123866797

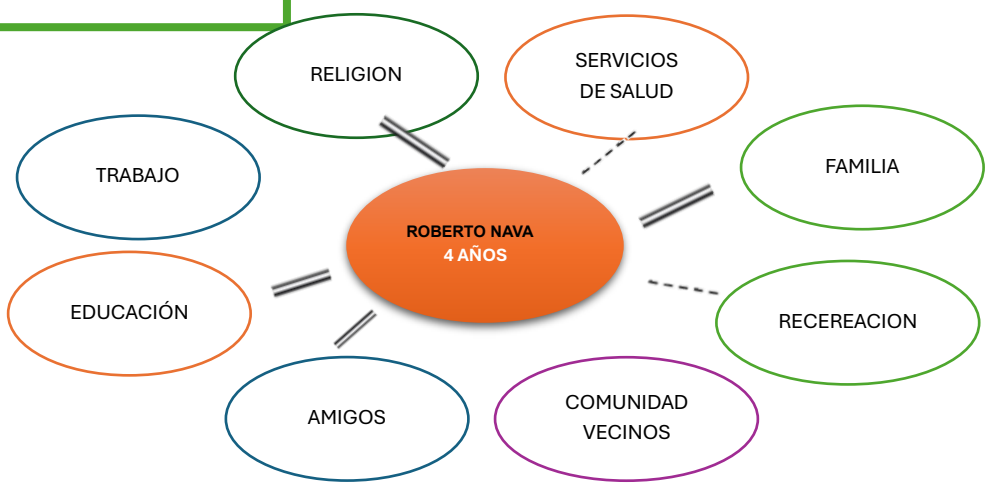
VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO

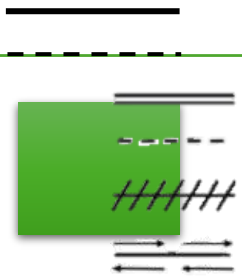


FAMILIOGRAMA
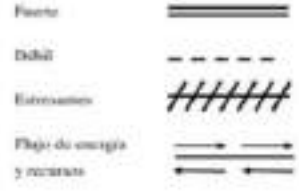


ECOMAPA





CONVENCIONES



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

Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 21 de febrero de 2026 a las 10:36
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ROBERTO

SEGUNDO NOMBRE

JOSE

PRIMER APELLIDO *

NAVA

SEGUNDO APELLIDO

ALVAREZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso por Protección Temporal

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

5280374

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

22 / 08 / 2018

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

ENDREINA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

ALVAREZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3123866797

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO

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 *

3123866797

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA SECTOR EL POZO TIENDA DE HUEVOS POR LA ENTRADA DESTAPADA INQUILINATO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE Y HERMANOS, ESTUDIANTE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

VACUNACIÓN: AL DIA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: HACE UN AÑO
OPTOMETRÍA: NO
ODONTOLOGÍA: NO
DESPARASITACIÓN:NO
BARNIZ DE FLÚOR: NO
MENOR EN QUIEN SE REALIZA CONTROL DE CRECIMIENTO T/E:ADECUADO, IMC/E: SOBREPESO, SE EDUCA EN PREVENCIÓN DE IRA (INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA), EDA (ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA).

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ASISITR A CONTROLES VALORACION INTEFRAL, SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES,ACTIVIDADES DE RECREACION Y DEPORTE

INSTITUCIONALES *

SEGUIMEINTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

123

Peso

27.8

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

85

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

29.1 ROBERTO NAVA ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

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

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
LUIS FRANCISCO NOVA PALOMARES
EDAD: 91 AÑOS
DOCUMENTO CC:275052

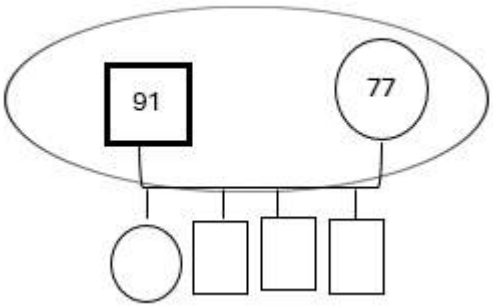
EPS SANITAS

CELULAR: 3168776561

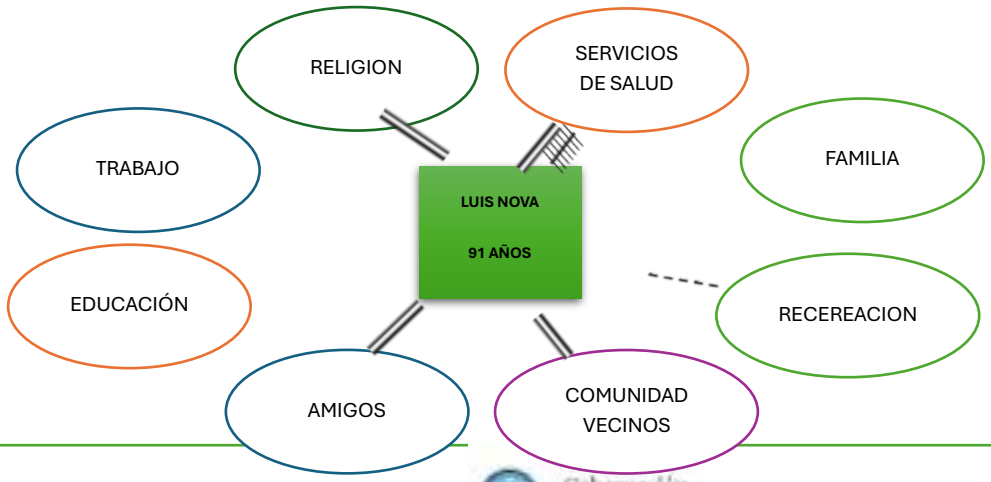
VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 21 de febrero de 2026 a las 11:04
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

07 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUIS

SEGUNDO NOMBRE

FRANCISCO

PRIMER APELLIDO *

NOVA

SEGUNDO APELLIDO

PALOMARES

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

275052

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

31 / 08 / 1934

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: *

HIPERTENSION ARTERIAL,HIPOACUSIA

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 *

3168776561

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

YERBABUENA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR PAN DE AZUCAR

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

NO RECUERDA

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON ESPOSA DOS DE SUS HIJOS ESTAN PENDIENTE DE SU CUIDADO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: HIPOSODICA
CONTROLES MÉDICOS: SI POR CRONICOS
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: NO
VACUNAS: COVIS SI INFLUENZA SI
TAMIZAJES SEGÚN EDAD:AL DIA
ADULTO MAYOR CON ADECUADOS CONTROLES MEDICOS, QUIEN EN LOS ÚLTIMOS MESES HA PRESENTADO TODOS CON MOVILIZACIÓN DE SECRECIONES EN EL MOMENTO SE EVIDENCIAN DE SATURACIONES 86% POR LO QUE SE INDICA DEBE REALIZAR ESTUDIO A TRAVÉS DE SU PS PARA DESCARTAR PATOLOGÍA PULMONAR Y ASÍ MISMO DEFINIR INICIO DE TRATAMIENTO HH Y LA NECESIDAD DE UTILIZACIÓN DE OXÍGENO DOMICILIARIO SEAN SIGNOS DE ALARMA SE REALIZA EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HACIENDO ENFASIS EN ALIMENTACION, REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA, EDUCO EN FRECUENCIA DE REALIZACION DE PARACLINICOS DE TAMIZAJE A CORDE A RESOLUCION 3280, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES,

INSTITUCIONALES *

SEGUIMEINTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.60

Peso

85

Frecuencia respiratoria

24

Frecuencia cardiaca

96

Saturación de oxigeno

86

Tensión arterial

114/97

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

84

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

Archivos enviados

30.1 LUIS FRANCISCO NOVA PALOMARES ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS



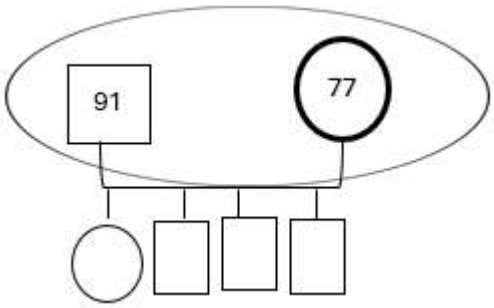
NOMBRE COMPLETO:
ANA SIXTA ZAMORA DE GARZON
EDAD: 77 AÑOS
DOCUMENTO CC:41406335

EPS SANITAS

CELULAR: 3168776561

VEREDA BOJACA SECTOR EL POZO

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 21 de febrero de 2026 a las 11:15
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

CAROLINA CHINOME

MOTIVO VISITA *

VISITA ADULTO MAYOR CRONICO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

07 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ANA

SEGUNDO NOMBRE

SIXTA

PRIMER APELLIDO *

ZAMORA

SEGUNDO APELLIDO

DE GARZON

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

41406335

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

23 / 01 / 1948

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, FIBRILACION AURICULAR INSUFICIENCI RENAL

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3168776561

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

YERBABUENA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

YERBABUENA SECTOR PAN DE AZUCAR

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

NO RECUERDA

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON ESPOSO, HIJOS ESTAN PENDIENTES

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: HIPOSODICA
CONTROLES MÉDICOS: SI, POR CRONICOS ULTIMO 18 ENERO
CONTROLES ODONTOLÓGICOS NO
VACUNAS: SI COVID
TAMIZAJES SEGÚN EDAD: MENCIONA AL DIA
ADULTA MAYOR CON ADECUADOS CONTROLES MEDICOS, ACTUALMENTE CON DESATURACIONES, UTILIZA OXIGENO EN LAS NOCHES, SE REALIZA EDUCACION EN USO DE INHALADORES YA QUE MENCIONA LOS UTILIZA OCASIONAL A VECES POR DIFIULTAD EN LA ENTREGA DEL MEDICAMENTO, SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR POR URGENCIAS,SE REALIZA EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HACIENDO ENFASIS EN ALIMENTACION, REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA, EDUCO EN FRECUENCIA DE REALIZACION DE PARACLINICOS DE TAMIZAJE A CORDE A RESOLUCION 3280, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES.

INSTITUCIONALES *

SEGUIMIENTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

150

Peso

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

80

Saturación de oxigeno

86

Tensión arterial

130/82

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

106

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

Archivos enviados

31.1 ANA SIXTA ZAMORA - Maria Hernandez.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

Unidos por su Salud

DATOS BASICOS



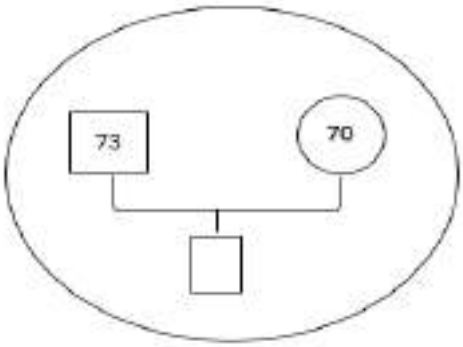
NOMBRE COMPLETO:
JOSE GREGORIO SASTOQUE OSORIO
EDAD: 73 AÑOS
DOCUMENTO CC:3001622

EPS SALUD TOTAL

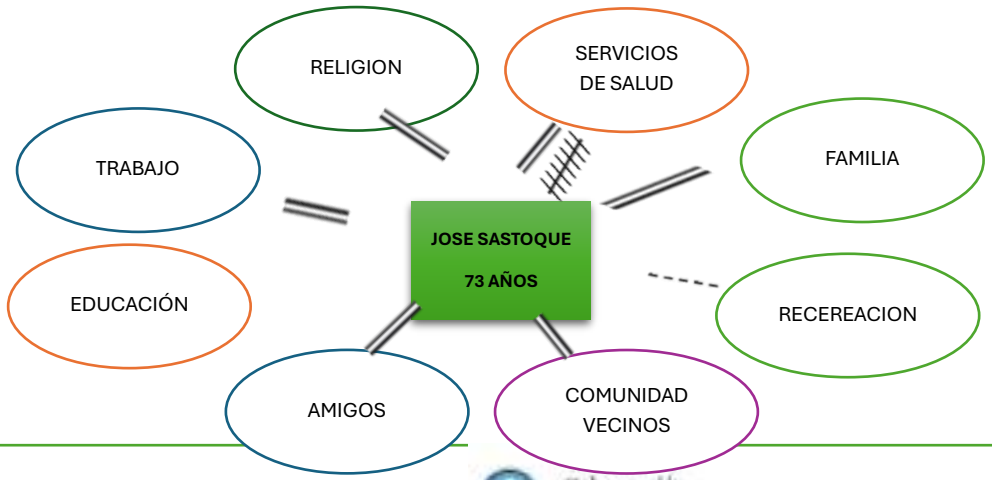
CELULAR: 3114968155

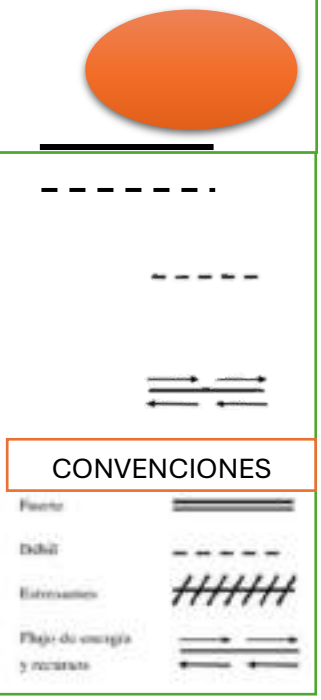
VEREDA YERBABUENA SECTOR PAN DE AZUCAR

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





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

Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 21 de febrero de 2026 a las 11:32
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA ADULTO MAYOR CON ANTECEDENTE DE CANCER

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

07 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JOSE

SEGUNDO NOMBRE

GREGORIO

PRIMER APELLIDO *

SASTOQUE

SEGUNDO APELLIDO

OSORIO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

3001622

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

25 / 02 / 1952

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

CÁNCER DE PÁNCREAS HÍGADO Y ESÓFAGO REEMPLAZO DE CADERA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3114968155

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

YERBABUENA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

YERBABUENA SECTOR PAN DE AZUCAR

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

45

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

HERMANOS VIVEN EN OTRO MUNICIPIO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON ESPOSA, DIFIULTADES CON EL TRANSPORTE POR AREA RURAL DISPERSA.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: CAMINATA
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI, PERO POCA INGESTA DE FRUTAS Y VERDURAS POR DIFICULTADES EN LA COMPRA
CONTROLES MÉDICOS: SI FRECUENTES, TRIMESTRAL POR ONCOLOGIA
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: NO
VACUNAS: AL DIA
TAMIZAJES SEGÚN EDAD: AL DIA
ADULTO MAYOR CON ADECUADOS CONTROLES MEDICOS, SE REALIZA EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HACIENDO ENFASIS EN ALIMENTACION, REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA, EDUCO EN FRECUENCIA DE REALIZACION DE PARACLINICOS DE TAMIZAJE A CORDE A RESOLUCION 3280, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

E EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES,

INSTITUCIONALES *

SEGUIMIENTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

165

Peso

65

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

69

Saturación de oxigeno

90

Tensión arterial

135/84

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

93

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

Archivos enviados

32.1 JOSE GREGORIO SASTOQUE ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

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

DATOS BASICOS



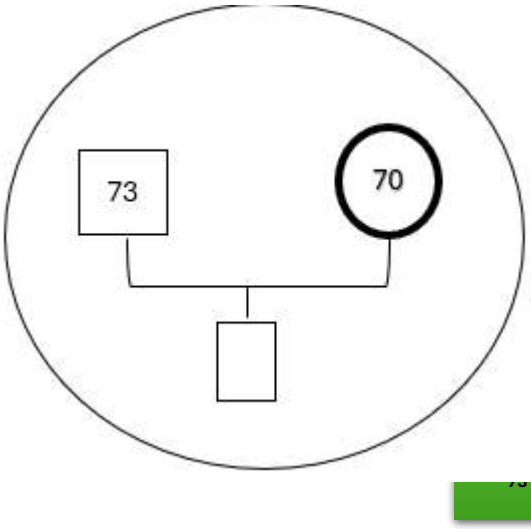
NOMBRE COMPLETO:
ANA MERCEDS RODRIGUEZ RODRIGUEZ
EDAD: 70 AÑOS
DOCUMENTO CC:20651089

EPS SALUD TOTAL

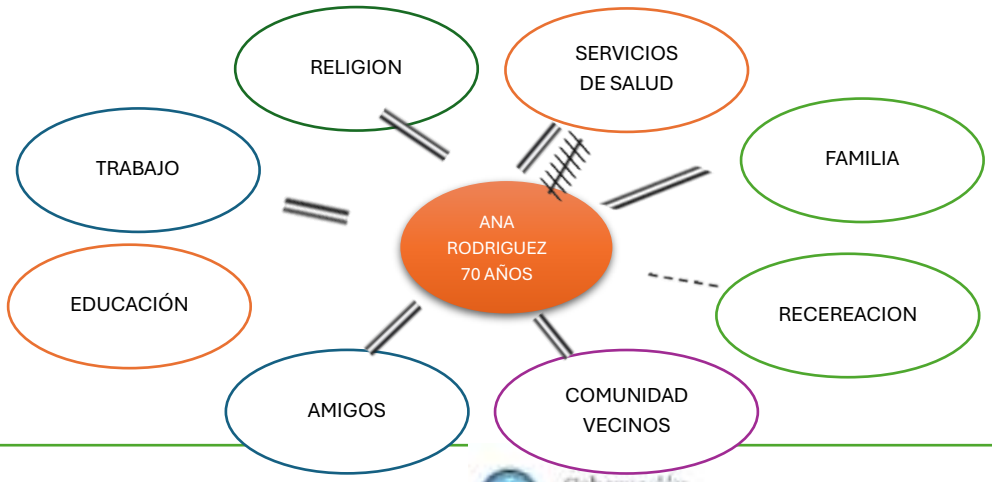
CELULAR: 3114886995

VEREDA YERBABUENA SECTOR PAN DE AZUCAR

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES

Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 21 de febrero de 2026 a las 11:42
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA ADULTO MAYOR

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

07 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ANA

SEGUNDO NOMBRE

MERCEDES

PRIMER APELLIDO *

RODRIGUEZ

SEGUNDO APELLIDO

RODRIGUEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20651089

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

17 / 08 / 1955

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

CANCER DE OVARIO, PREDIABETES, INSUFICIENCIA URIANRIA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3114886995

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

YERBABUENA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

YERBABUENA SECTOR PAN DE AZUCAR

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

45

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON ESPOSO E HIJO, DIFIULTADES CON EL TRASPORTE POR SER AREA RURAL DISPERSA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: SI CAMINATA
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI
CONTROLES MÉDICOS: SI
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: NO
VACUNAS:AL DIA
TAMIZAJES SEGÚN EDAD:AL DIA
ADULTA MAYOR CON ADECUADOS CONTROLES MEDICOS, SE REALIZA EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HACIENDO ENFASIS EN ALIMENTACION, REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA, EDUCO EN FRECUENCIA DE REALIZACION DE PARACLINICOS DE TAMIZAJE A CORDE A RESOLUCION 3280, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES,

INSTITUCIONALES *

SEGUIMIENTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

155

Peso

64

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

68

Saturación de oxigeno

95

Tensión arterial

120/83

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

95

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

Archivos enviados

33.1 ANA MERCEDES RODRIGUEZ RODRIGUEZ - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
MARIA ERCILIA
EDAD: 57 AÑOS
DOCUMENTO CC:20423172

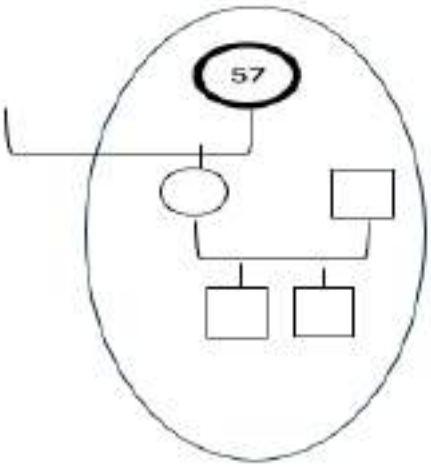
EPS FAMISANAR

CELULAR: 3102528362

VEREDA YERBABUENA SECTOR MONTAÑA DEL OSO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES

Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 21 de febrero de 2026 a las 11:58
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

PACIENTE CRONICO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

05 / 09 / 1968

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

ERCILIA

PRIMER APELLIDO *

AYALA

SEGUNDO APELLIDO

QUINTERO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20423172

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

05 / 09 / 1968

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: *

DISLIPIDEMIA, CATARATA

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 *

3102528362

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

YERBABUENA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

YERBABUENA SECTOR PAN DE AZUCAR

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON HIJA Y NIETOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: CAMINATA
ALIMENTACIÓN SALUDABLE:REGULAR
CONTROLES MÉDICOS: SI HACE 2 MESES
CONTROLES ODONTOLÓGICOS NO
VACUNAS: COVID
TAMIZAJES SEGÚN EDAD:VPH Y MAMOGRAFIA HACE TRES AÑOS
ADULTA CON ADECUADOS CONTROLES MEDICOS, HIY RESENTA CIFRAS TENSIONAES ELEVADAS, MENCIONA AUN SIN DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL, REFIERE SEENCUNTRA EN SEGUIMIENTO POR CARDIOLOGIA, SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y SE IDNCIA REALIZAR MONITOREO DE CIFRAS TENSIONALES SE REALIZA EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HACIENDO ENFASIS EN ALIMENTACION, REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA, EDUCO EN FRECUENCIA DE REALIZACION DE PARACLINICOS DE TAMIZAJE A CORDE A RESOLUCION 3280, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES.

INSTITUCIONALES *

SEGUIMIENTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

152

Peso

78

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

60

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

170/93

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

102

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

Archivos enviados

34.1 MARIA ERCILIA - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS



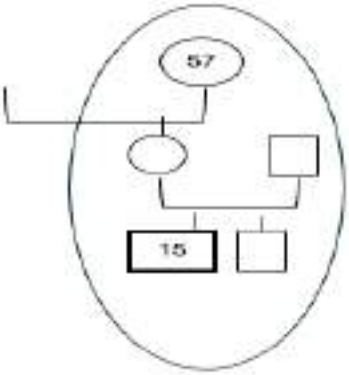
NOMBRE COMPLETO:
JUAN DAVID
EDAD:15 AÑOS
DOCUMENTO CC:1072667012

EPS FAMISANAR

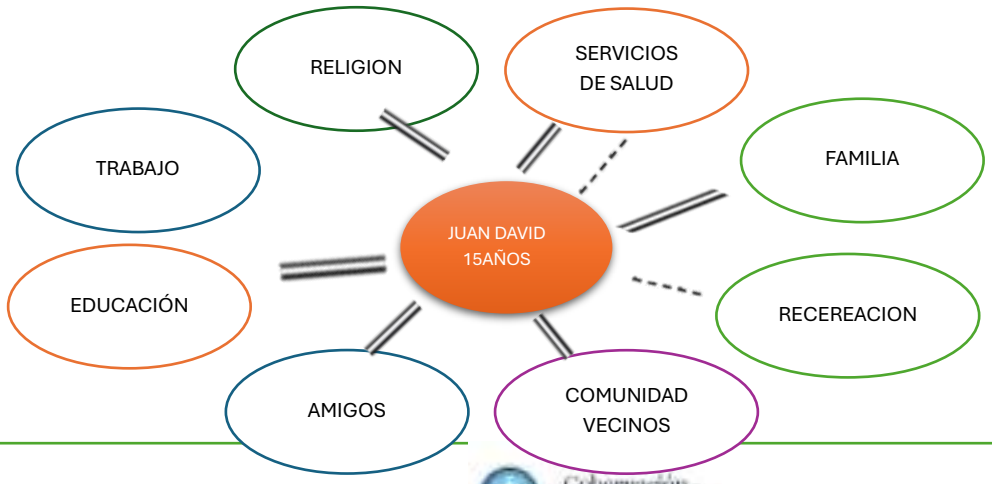
CELULAR: 3102528362

VEREDA YERBABUENA SECTOR MONTAÑA DEL OSO

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES

Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 21 de febrero de 2026 a las 12:07
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

07 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JUAN

SEGUNDO NOMBRE

DAVIS

PRIMER APELLIDO *

GUERRERO

SEGUNDO APELLIDO

VILLAMIL

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072667012

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

01 / 11 / 2010

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

AYALA

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3102528362

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: *

NO

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 *

3102528362

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

YERBABUENA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

YERBABUENA SECTOR MONTAÑA DEL OSO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ABUELA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE, ABUELA, ESCOLARIZADO.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CONTROLES MEDICOS : HACE MAS DE UN AÑO
CONSUMO DE ALCOHOL/SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: NO
INICIO DE VIDA SEXUAL: NO
ACTIVIDAD FÍSICA: NO

USO DE TIEMPO LIBRE: MUSICA
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS: HABITUAL
WHOOLEY GAD2: ¿DURANTE EL PASADO MES:
- ¿HA TENIDO POCO INTERÉS O HA DISFRUTADO POCO HACIENDO COSAS?; NO.
- ¿SE HA SENTIDO DESANIMADO/A, DEPRIMIDO/A O DESESPERANZADO/A? NO
ALIMENTACIÓN: 3 COMIDAS PRINCIPALES. AGUA OK.
OCASIONAL GOLOSINAS, PAQUETES, GASEOSAS
SUEÑO: SIN ALTERACIONES.
IMC/E: ADECUADO.
PENDIENTE VACUNA DE VPH.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES.

INSTITUCIONALES *

NO.

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.70

Peso

70

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

96

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

85

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

Archivos enviados

35.1 JUAN DAVID - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
EDWIN SMITH GUERRERO VILLAMIL
EDAD:10 AÑOS
DOCUMENTO CC:1072712971

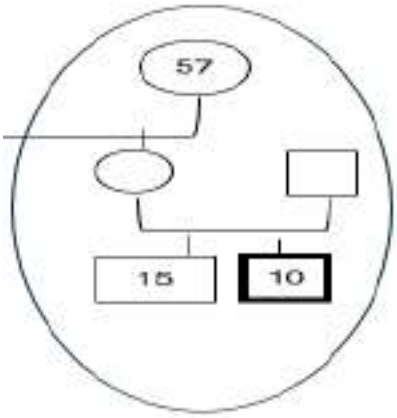
EPS FAMISANAR

CELULAR: 3102528362

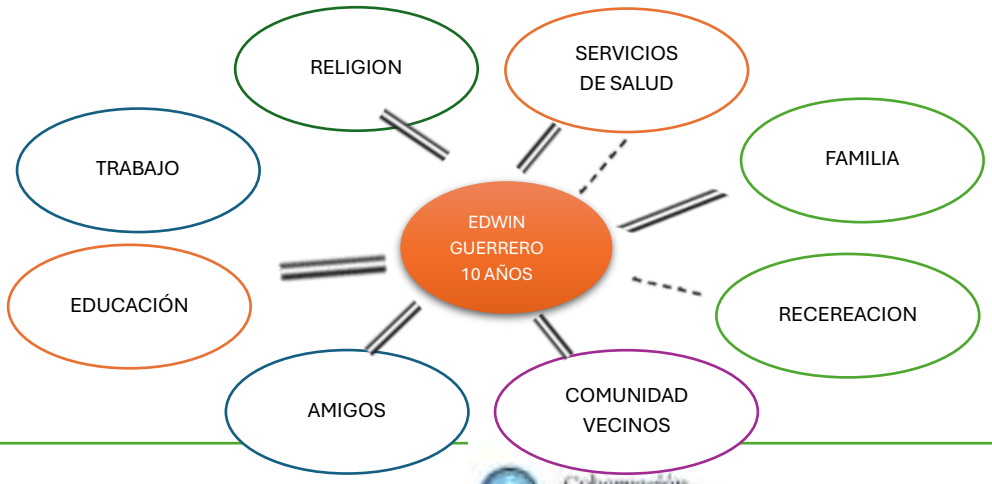
VEREDA YERBABUENA SECTOR MONTAÑA DEL OSO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES

Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 21 de febrero de 2026 a las 12:14
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

07 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

EDWIN

SEGUNDO NOMBRE

SMITH

PRIMER APELLIDO *

GUERRERO

SEGUNDO APELLIDO

VILLAMIL

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072712971

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

31 / 01 / 2015

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

AYALA

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3102528362

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: *

NO

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 *

3102528362

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

YERBABUENA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

YERBABUENA SECTOR MONTAÑA DEL OSO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE, HERMANO Y ABUELA, ESCOLARIZADO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CONTROLES MEDICOS: HACE UN AÑO
ACTIVIDAD FÍSICA: NO
USO DE TIEMPO LIBRE: DIBUJO
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS: HABITUAL
ALIMENTACIÓN: 3 COMIDAS PRINCIPALES. AGUA OK.
OCASIONAL GOLOSINAS, PAQUETES, GASEOSAS
WHOOLEY GAD2: ¿DURANTE EL PASADO MES:
- ¿HA TENIDO POCO INTERÉS O HA DISFRUTADO POCO HACIENDO COSAS?; NO.
- ¿SE HA SENTIDO DESANIMADO/A, DEPRIMIDO/A O DESESPERANZADO/A? NO
SUEÑO: SIN ALTERACIONES. DUERME DE 9: 30 PM A 5:30 AM
VALORACIÓN POR:
OPTOMETRÍA:NO
ODONTOLOGÍA: NO
VACUNACION: VPH: OK

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES.

INSTITUCIONALES *

NO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.42

Peso

40

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

86

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

86

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

Archivos enviados

36.1 EDWIN SMITH GUERRERO VILLAMIL - Maria Hernandez.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

Unidos por su Salud

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
DAMARIS BUSTOS RUEDA
EDAD:41 AÑOS
DOCUMENTO CC:21136116

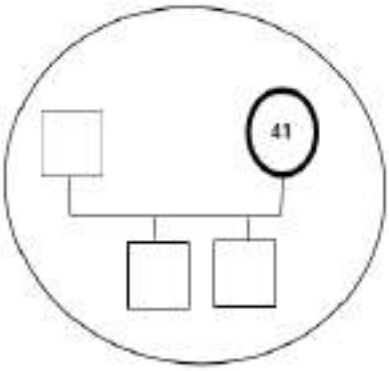
EPS FAMISANAR

CELULAR: 3107894616

VEREDA YERBABUENA SECTOR MONTAÑA DEL OSO



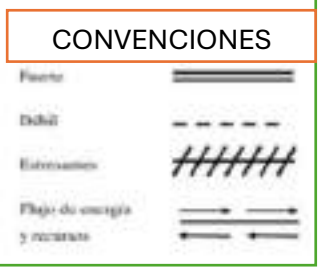
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 21 de febrero de 2026 a las 12:27
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

07 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

DAMARIS

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

BUSTOS

SEGUNDO APELLIDO

RUEDA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

21136116

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

28 / 03 / 1984

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO

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 *

3107894616

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

YERBABUENA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

YERBABUENA SECTOR MONTAÑA DEL OSO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

21,14

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON ESPOSO E HIJOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA:SI
ALIMENTACIÓN SALUDABLE:SI
CONTROLES MÉDICOS: SI
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: SI
VACUNAS: COVID 3 DOSIS
TAMIZAJES SEGÚN EDAD: RCV: RECIENTES AL DIA, TAMIZAJE DE CA DE CUELLO UTERINO HACE MAS DE 10 AÑOS
ADULTA CON ADECUADOS CONTROLES MEDICOS, SE REALIZA EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HACIENDO ENFASIS EN ALIMENTACION, REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA, EDUCO EN FRECUENCIA DE REALIZACION DE PARACLINICOS DE TAMIZAJE A CORDE A RESOLUCION 3280, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES

INSTITUCIONALES *

SEGUIMIENTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

150

Peso

60

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

92

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

116/68

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

85

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

Archivos enviados

37.1DAMARIS BUSTOS RUEDA ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
EDWIN NOE BUSTOS
EDAD:21 AÑOS
DOCUMENTO CC:1073598282

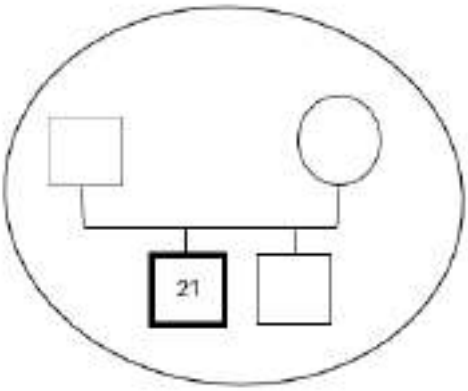
EPS SANITAS

CELULAR: 3107894616

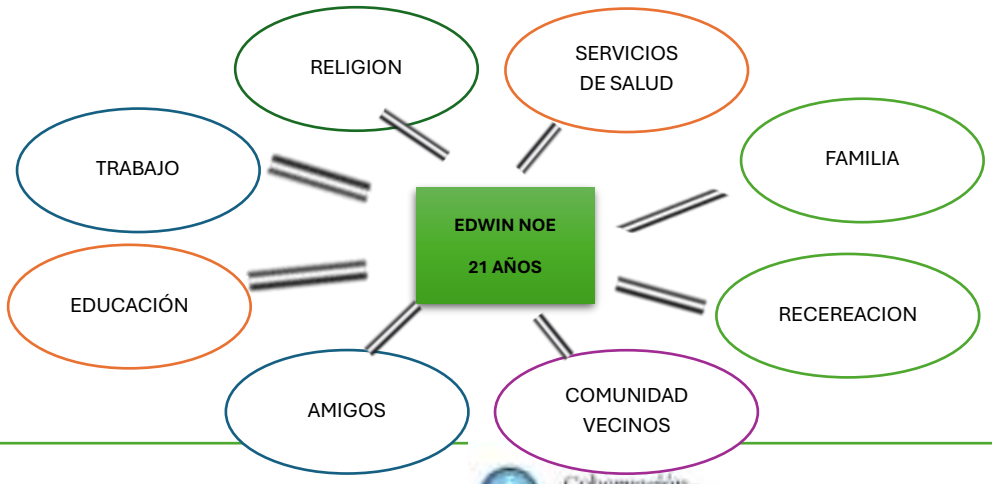
VEREDA YERBABUENA SECTOR MONTAÑA DEL OSO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 21 de febrero de 2026 a las 12:42
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

07 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

EDWIN

SEGUNDO NOMBRE

NOE

PRIMER APELLIDO *

BUSTOS

SEGUNDO APELLIDO

RUEDA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1073598282

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

18 / 03 / 2004

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 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: *

NO

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 *

3107693284

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

YERBABUENA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

YERBABUENA SECTOR MONTAÑA DEL OSO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON PADRES Y HERMANO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

STILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: SI
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI
CONTROLES MÉDICOS: HACE 6 MESES
CONTROLES ODONTOLÓGICOS NO
VACUNAS:COVID: 2 DOSIS
TAMIZAJES SEGÚN EDAD: NO
ADULTO CON POCOS CONTROLES MEDICOS, SE REALIZA EDUCACION EN HABITOS DE VIDA SALUDABLE, HACIENDO ENFASIS EN ALIMENTACION, REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA, EDUCO EN FRECUENCIA DE REALIZACION DE PARACLINICOS DE TAMIZAJE A CORDE A RESOLUCION 3280, CONTROL Y SEGUIMIENTO POR EPS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES

INSTITUCIONALES *

NO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

172

Peso

80

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

70

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

114/94

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

87

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

Archivos enviados

38.1EDWIN NOE BUSTOS ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS



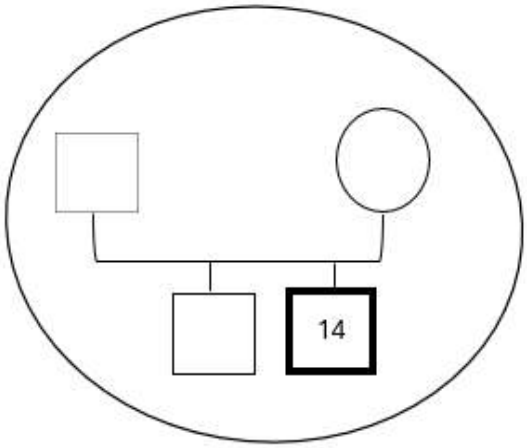
NOMBRE COMPLETO:
OSCAR SIMON POVEDA
EDAD:14 AÑOS
DOCUMENTO TI:1072701520

EPS FAMISANAR

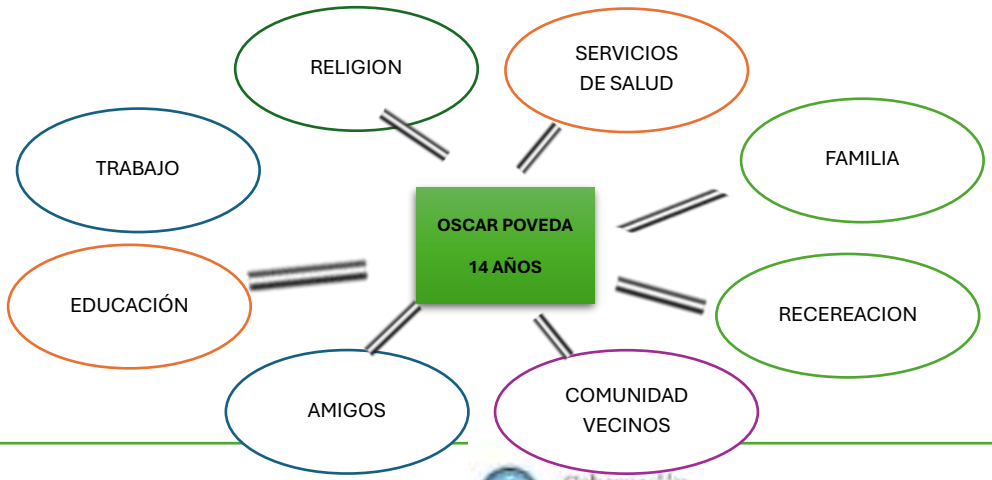
CELULAR: 3107894616

VEREDA YERBABUENA SECTOR MONTAÑA DEL OSO

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES

Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 21 de febrero de 2026 a las 13:35
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

07 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

OSCAR

SEGUNDO NOMBRE

SIMON

PRIMER APELLIDO *

POVEDA

SEGUNDO APELLIDO

BUSTOS

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072701520

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

26 / 12 / 2011

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

DAMARIS

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

BUSTOS

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3107894616

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: *

NO

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 *

3107894616

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

YERBABUENA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

YERBABUENA SECTOR MONTAÑA DEL OSO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON PADRE Y HERMANO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CONTROLES MEDICOS HACE 2 AÑOS
CONSUMO DE ALCOHOL/SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: NO
INICIO DE VIDA SEXUAL: NO
ACTIVIDAD FÍSICA: NO

USO DE TIEMPO LIBRE: AYUDA A MADRE EN RESTAURANTE
CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS: HABITUAL
WHOOLEY GAD2: ¿DURANTE EL PASADO MES:
- ¿HA TENIDO POCO INTERÉS O HA DISFRUTADO POCO HACIENDO COSAS?; NO.
- ¿SE HA SENTIDO DESANIMADO/A, DEPRIMIDO/A O DESESPERANZADO/A? NO
ALIMENTACIÓN: 3 COMIDAS PRINCIPALES. AGUA OK.
OCASIONAL GOLOSINAS, PAQUETES, GASEOSAS
SUEÑO: SIN ALTERACIONES.
VALORACIÓN POR:
OPTOMETRÍA:NO
ODONTOLOGÍA: NO
MENCIONA PRESENTA DE FOMRA OCASIONAL EPISODIOS DE DOLOR TORACICO ATIPICO, SE SOSPECHA COSNTOCONDRITIS, MADRE REFIERE POR MOMENTOS EPISODIOS DE ESTRES, SE DAN RECOMENDACIONES, MANEJO EMOCIONAL.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA EDUCACIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, CONSUMO DE AGUA, REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA, CONTROL DE PESO, MANEJO DE ESTRÉS E HIGIENE DEL SUEÑO, SE BRINDA INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, PREVENCIÓN DE CÁNCER. IMPORTANCIA DE LA REALIZACIÓN DEL AUTO EXAMEN ACORDE A SEXO, 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

FAMILIARES *

SE EDUCA EN LA IMPORTANCIA DE DEDICAR TIEMPO DE CALIDAD A LA FAMILIA, COMUNICACIÓN EFECTIVA CON LOS MIEMBROS DEL HOGAR. FORTALECER VINCULOS FAMILIARES.

INSTITUCIONALES *

PSICOLOGIA

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

169

Peso

55

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

77

Saturación de oxigeno

97

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

71

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

Archivos enviados

39.1OSCAR SIMON POVEDA - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS



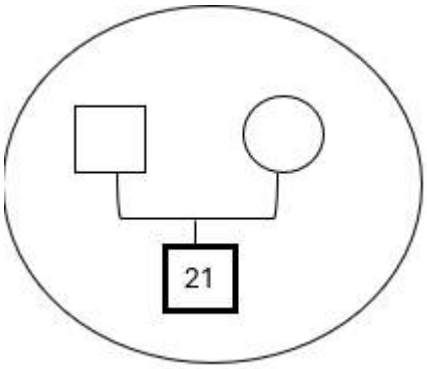
NOMBRE COMPLETO:
ROYER JULIAN MATEUS CASTRO
EDAD 21 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1070944990

EPS: COMPENSAR

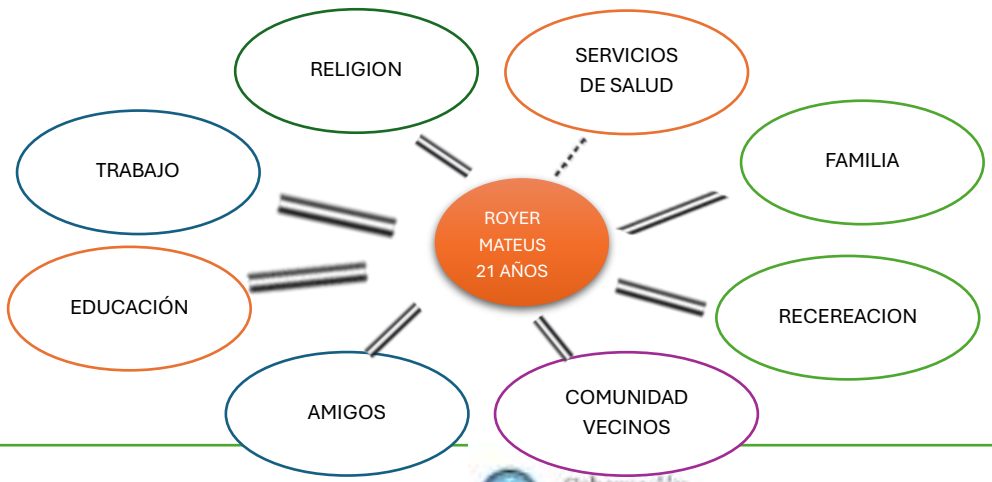
CELULAR: 3115888005

VEREDA YERBABUENA SECTOR MONTAÑA DEL OSO

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES

Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 21 de febrero de 2026 a las 14:16
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - CENTRO URBANO - YERBABUENA - FUSCA - TORCA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

06 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ROYER

SEGUNDO NOMBRE

JULIAN

PRIMER APELLIDO *

MATEUS

SEGUNDO APELLIDO

CASTRO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1070944990

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

27 / 10 / 2004

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *