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: *

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
- [x] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3125191870

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA SECTOR EL POZO SEGUNDA ENTRADA DESTAPADA A MANO IZQUIERDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

6

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

HERMANA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON HIJO, SE ENCUNTRA TRABAJANDO, POCA RELACION CON EL PADRE DE HIJO Y DEL ACTUAL EMBARAZO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

INICIO DE CONTROLES PRENATALES: 7.2 SEMANAS
INGESTA DE MICRONUTRIENTES: SI
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI.
CONTROLES PRENATALES: #1
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: NO
CONTROL PSICOLOGIA: NO
CONTROL NUTRICION: NO
CURSO PSICOPROFILÁCTICO: NO A INICIADO
VACUNAS: PENDIENTES
PARACLÍNICOS SEGÚN TRIMESTRE: YA LOS REALIZARON SIN ALTERACIONES, GRUPO SANGUINEO O- COOMBS NEGATIVO, ECOGRAFIA SIN ALTERACIONES FPP: 27/07/2026
ECOGRAFÍAS:
GESTANTE CUENTA CON ECOGRAFÍA SIN ALTERACIONES, ESTA CONSUMIENDO MICRONUENTRES, EDUCÓ EN LA IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA A LOS CONTROLES, CURSOS PSICOPROFILÁCTICOS Y REALIZACIÓN DE MANERA OPORTUNA DE LABORATORIOS, INDICO COMO REALIZAR TOMA DE LABORATORIOS Y CONTINUAR EN RUTA DE CONTROL PRENATAL, DOY SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

CONSULTAR AL SERVICIO DE URGENCIAS SI PRESENTA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES: SENSACIÓN DE CONTRACCIONES, DOLOR PÉLVICO, DOLOR DE CABEZA QUE NO MEJORA CON ACETAMINOFÉN, DOLOR INTENSO EN BOCA DE ESTOMAGO, SALIDA DE LÍQUIDO TRANSPARENTE O SANGRE POR LA VAGINA, VE LUCECITAS (FOSFENOS), ESCUCHA PITOS (ACÚFENOS), INFLAMACIÓN DE PIES Y MANOS, FIEBRE MAYOR A 38.3°C TOMADA CON TERMÓMETRO, DESPUÉS DE LA SEMANA 20 NO SENTIR MOVIMIENTOS FETALES, ARDOR AL ORINAR, SANGRE EN LA ORINA. IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA AL CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD.

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

160

Peso

66

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

83

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

103/72

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

66.1 LINA MARCELA ACUÑA JIMENEZ ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS



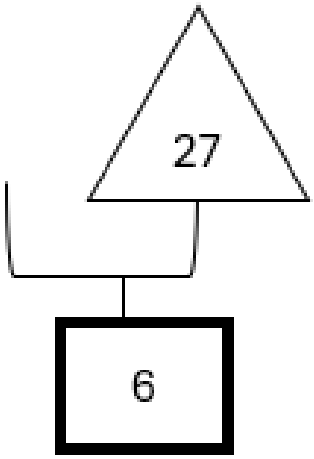
NOMBRE COMPLETO:
ERIC NICOLAS PIRA ACUÑA
EDAD: 6 AÑOS
DOCUMENTO: RC 1024318514

EPS: SANIDAD DE LA POLICIA

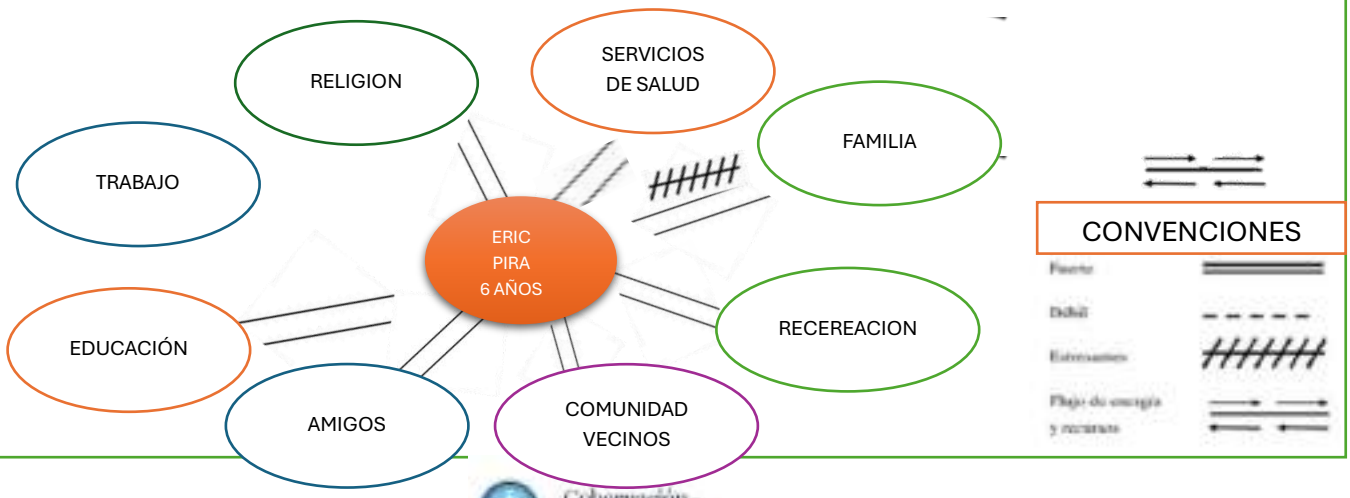
CELULAR: 3125191870

VEREDA BOJACA

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> 22 de febrero de 2026 a las 7:05
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

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ERICK

SEGUNDO NOMBRE

NICOLAS

PRIMER APELLIDO *

PIRA

SEGUNDO APELLIDO

ACUÑA

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1021318514

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

20 / 02 / 2019

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LINA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

ACUÑA

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3125191870

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Régimen_de_excepción_especial

EPS *

Dirección de Sanidad Policía Nacional

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Sanidad Militar

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 *

3125191870

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 SEGUNDA ENTRADA DESTAPADA A MANO IZQUIERDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE, TIENE RELACION CON PADRE PERO ES DISTANTE, ESTUVO EN SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA POR ALTERACION EN EL COMPORTAMEINTO EN EL COLEGIO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: CONSUME ALIMENTOS EN COLEGIO Y EN CASA ALTO EN CARBOHIDRATOS
CONTROLES MÉDICOS: MAS DE 6 MESES
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: NO
VACUNAS: AL DIA
ADESPARASITACIÓN:
BARNIZ DE FLÚOR:
MENOR EN QUIEN SE REALIZA CONTROL DE CRECIMIENTO T/E:ADECUADO, IMC/E:

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

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

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 *

NUTRICION

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

128

Peso

35.6

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

67.1 ERIC NICOLAS PIRA ACUÑA ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
OVER CAMILO OROZCO
EDAD: 11 MESES
DOCUMENTO: RC 1065144798

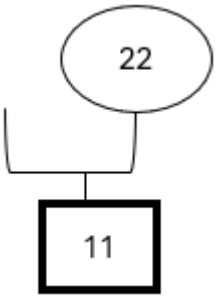
EPS: MUTUAL SER

CELULAR: 3042349994

VEREDA BOJACA



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> 22 de febrero de 2026 a las 7:13
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

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

OVER

SEGUNDO NOMBRE

CAMILO

PRIMER APELLIDO *

OROZCO

SEGUNDO APELLIDO

BUELVAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1065144798

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2025

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

MARIANA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

BUELVAS

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3042349994

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

MUTUALSER

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

ZAMBRANO BOLIVAR

Antecedentes Personales en Salud: *

NACIO DE 38.4 SEMANAS

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 *

3042349994

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 SEGUNDA ENTRADA DESTAPADA A MANO IZQUIERDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE, RESIDEN EN CHIA HACE 8 DIAS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ALIMENTACIÓN: LACTANCIA MATERNA, TETERO CON NESTUM, ALIMENTACION COMPLEMENTARIA
VACUNACIÓN AL DIA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: DICIEMBRE 2025
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: RIESGO DE DESNUTRICION, TALLA/EDAD:TALLA ADECUADA PARA LA EDAD SE EDUCA EN ALIMENTACION, MEJORAR ALIMENTACION CMPLEMENTARIA, 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 *

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 *

NUTRICION, ENFERMERIA

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

72

Peso

8.1

Frecuencia respiratoria

25

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

Perímetro braquial

13.8

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

68.1 OVER CAMILO OROZCO BUELVAS ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS



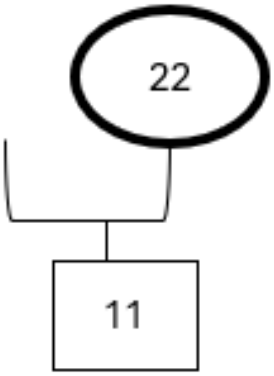
NOMBRE COMPLETO:
MARIANA INES BUELVAS RIVERAS
EDAD: 22 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1002259254

EPS: MUTUAL SER

CELULAR: 3042349994

VEREDA BOJACA

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> 22 de febrero de 2026 a las 7:19
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

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIANA

SEGUNDO NOMBRE

INES

PRIMER APELLIDO *

BUEVAS

SEGUNDO APELLIDO

RIVERAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1002259254

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

27 / 08 / 2003

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

MUTUALSER

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

ZAMBRANO BOLIVAR

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
- [x] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3042349994

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA SECTOR EL POZO SEGUNDA ENTRADA DESTAPADA A MANO IZQUIERDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

11 MESES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON HIJO, RESIDE EN CHIA HACE 8 DIAS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: REGULAR
PLANIFICACIÓN FAMILIAR: LIGADURA DE TROMPAS
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: NO
CONTROLES MÉDICOS: NO EN EL ULTIMO AÑO
CONTROLES ODONTOLÓGICOS NO
TAMIZAJES SEGÚN EDAD:: NO
ADULTA QUIEN NO ASISTE CONTROLES MÉDICOS, SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, REALIZACIÓN OPORTUNA DE TAMIZAJES SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, EDUCÓ EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

REALIZAR PORTABILIDAD, 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

158

Peso

50

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

99

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

102/79

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

69.1 MARIANA INES BUELVAS ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
KEVIN OROZCO CHARIS
EDAD: 27 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1065124037

EPS: SALUD TOTAL

CELULAR: 3143317592

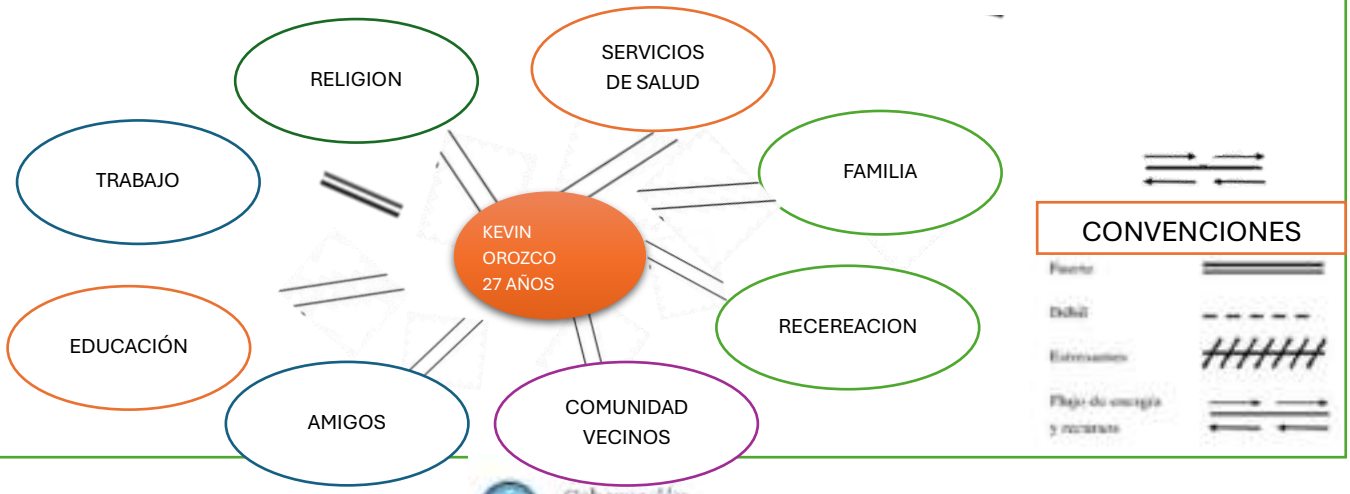
VEREDA BOJACA



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> 22 de febrero de 2026 a las 7:25
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

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

KEVIN

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

OROZCO

SEGUNDO APELLIDO

CHARRIS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula Extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1065124037

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

08 / 09 / 1998

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO

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 *

3143317592

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

BOJACA SECTOR EL POZO SEGUNDA ENTRADA DESTAPADA A MANO IZQUIERDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON PAREJA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: SI, FUTBOL
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: REGULAR, MALOS HABITOS, AYUNOS LARGOS
SEXUALIDAD SEGURA: SI
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: NO
CONTROLES MÉDICOS: NO EN EL ULTIMO AÑO
CONTROLES ODONTOLÓGICOS NO
VACUNAS: COVID 3 DOSIS
TAMIZAJES SEGÚN EDAD: NO
ADULTA QUIEN NO ASISTE CONTROLES MÉDICOS, EDUCO SOBRE LA IMPORTANCIA DE ALIMENTACION BALANCEADA CONFORMA A LA ALTA REALZIACION DE ACTIVIDAD FISICA YA QUE PUEDE PRESENTAR DESCOMPENSACION, SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, REALIZACIÓN OPORTUNA DE TAMIZAJES SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, EDUCÓ EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

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 *

NUTRIICION

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.70

Peso

56

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

76

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

112/58

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

74

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

Archivos enviados

70.1 KEVIN OROZCO CHARIS ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

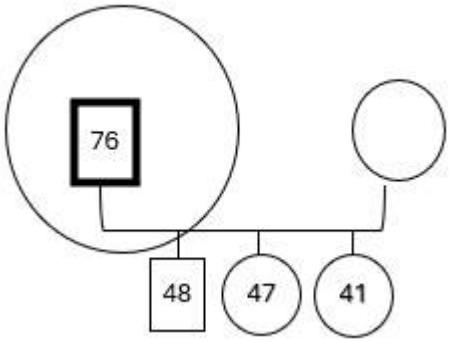
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

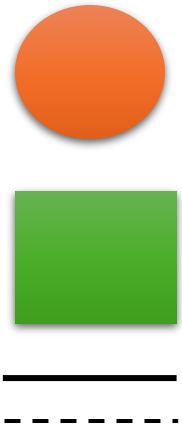
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
LUIS FRANCISCO BERNAL
EDAD:76 AÑOS
DOCUMENTO: CC 19075390
EPS: SALUD TOTAL - CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3212390582
EL CEDRO KR 5 #1-27 INT 5

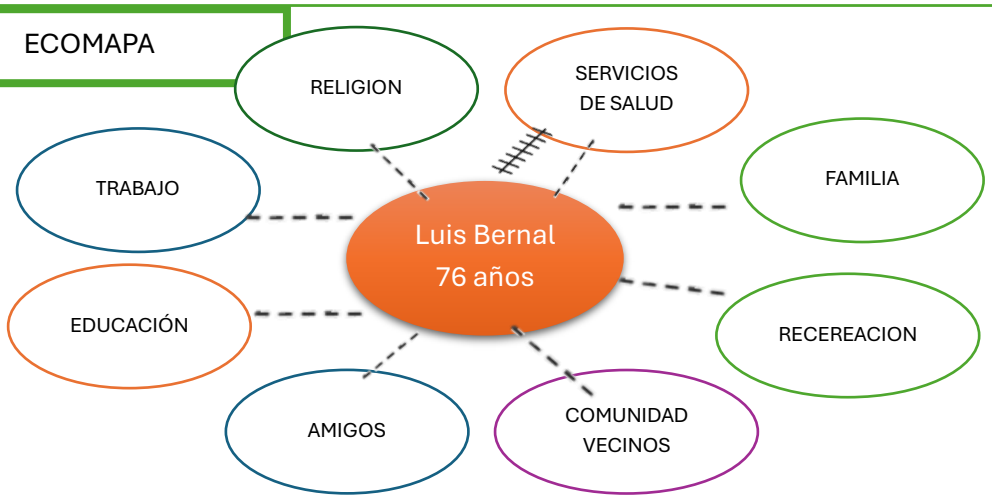


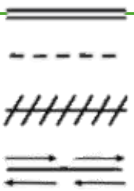
FAMILIOGRAMA



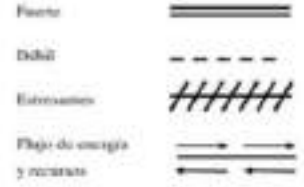


ECOMAPA





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> 13 de febrero de 2026 a las 14:34
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: *

CASO PRIORITARIO

MOTIVO VISITA *

CASO PRIORITARIO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUIS

SEGUNDO NOMBRE

FRANCISCO

PRIMER APELLIDO *

BERNAL

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

19075390

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

19 / 07 / 1949

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: *

Reemplazo de cadera izquierda, diabetes mellitus

PACIENTE CRONICO *

- [x] Diabetes
- [ ] 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 *

3212390582

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

CENTRO

ZONA DE LA VIVIENDA *

URBANO

URBANO

TIPO DE DIRECCIÓN *

KR

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

5

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

1

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

27

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

INT 5

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

DIVORCIAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

48,47,41

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ADULTO MAYOR EN EL MOMENTO VIVE SOLO, CON POCA RED DE APOYO, LA HIJA MAS CERCANA VIVE EN SOGAMOSO, ES QUIEN ULTIMAMENTE LO ACOMPAÑA A LOS CONTROLES MEDICOS, OTRA HIJA VIVE FUERA DEL PAIS, OTRO HIJO CON MUY POCA COMUNICACION AL PARECER POR PROBLEMA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y ALCOHOL. NO CUENTA CON UN INGRESO FIJO DE DINERO DIFICULTADES PARA LA COMPRA DE ALIMENTOS REFIERE POCA INGESTA DE ALIMENTOS POR NO DISPONERLOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ADULTO MAYOR CON ANTECEDENTE DE REEMPLAZO DE CADERA IZQUIERDA EN 2019 ADICIONALMENTE PRESENTA DIABETES MELLITUS EN MANEJO CON METFORMINA PARA EL DOLOR CONSUME ACETAMINOFÉN + CODEÍNA; YA LOGRÓ ASISTIR A CONTROL POR ORTOPEDIA EL 22 DE ENERO DEL 2026 CON INDICACIÓN DE RADIOGRAFÍA DE CADERA Y PANORÁMICA DE MIEMBROS INFERIORES ADICIONALMENTE CONTROL CON ORTOPEDIA DE CADERA PRESENTA ACORTAMIENTO DE 4 CM DE MIEMBRO INFERIOR DERECHO LO CUAL LE GENERA LIMITACIÓN PARA LA MACHA Y COGERÁ SIGNIFICATIVA POR LO QUE UTILIZA MULETA DE APOYO EN EL MOMENTO MENCIONA HIJA MARÍA DE LOS ÁNGELES BERNAL ES QUIÉN SE ENCUENTRA REALIZANDO ACOMPAÑAMIENTO A CONTROLES MÉDICOS, YA REALIZARON TOMA DE RADIOGRAFÍAS LAS CUAL ES DEBEN LLEGAR AL CORREO ELECTRÓNICO GENERADO POR SU HIJA QUIÉN INFORMA VIA TELEFONICA QUE SE ENCUENTRAN PENDIENTES LOS RESULTADOS, ES UN ADULTO MAYOR CON BARTHEL DE 75 PUNTOS DEPENDIENTE MODERADO, ADULTO MAYOR FRÁGIL, NEUROLOGICAMENTE SIN ALTERACIONES PERO SE EVIDENCIA COMPONENTE EMOCIONAL, SECUNDARIOS SEPARACIÓN DE SU PAREJA,
PRESENTA LIMITACIONES PARA DESARROLLAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DEBIDO A SU LIMITACIÓN FUNCIONAL DADA POR EL ANTECEDENTE YA MENCIONADO. SE EXPLICA DEBE SEGUIR CONTROLES POR SU EPS UNA VEZ CUENTE CON REPORTE DE RADIOGRAFÍAS DEBE AGENDAR CITA CON ESPECIALISTA PARA DEFINIR CONDUCTAS Y MANEJOS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

CONTROLES POR ORTOPEDIA, MEJORAR LA INGESTA DE MEDICAMENTOS FORMULADOS,ASISTENCIA OPORTUNA A CONTROLES MEDICOS.

FAMILIARES *

ESTABLECER ACUERDOS FAMILIARES CON HIJOS PARA SU SUSTENTO DIARIO.

INSTITUCIONALES *

SEGUIMIENTO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.70

Peso

65

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

78

Saturación de oxigeno

95

Tensión arterial

135/81

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

89

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

Archivos enviados

. LUIS FRANCISCO BERNAL - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
NELSON LOPEZ GONZALEZ
EDAD: 39 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1004501107

EPS: MUTUAL SER

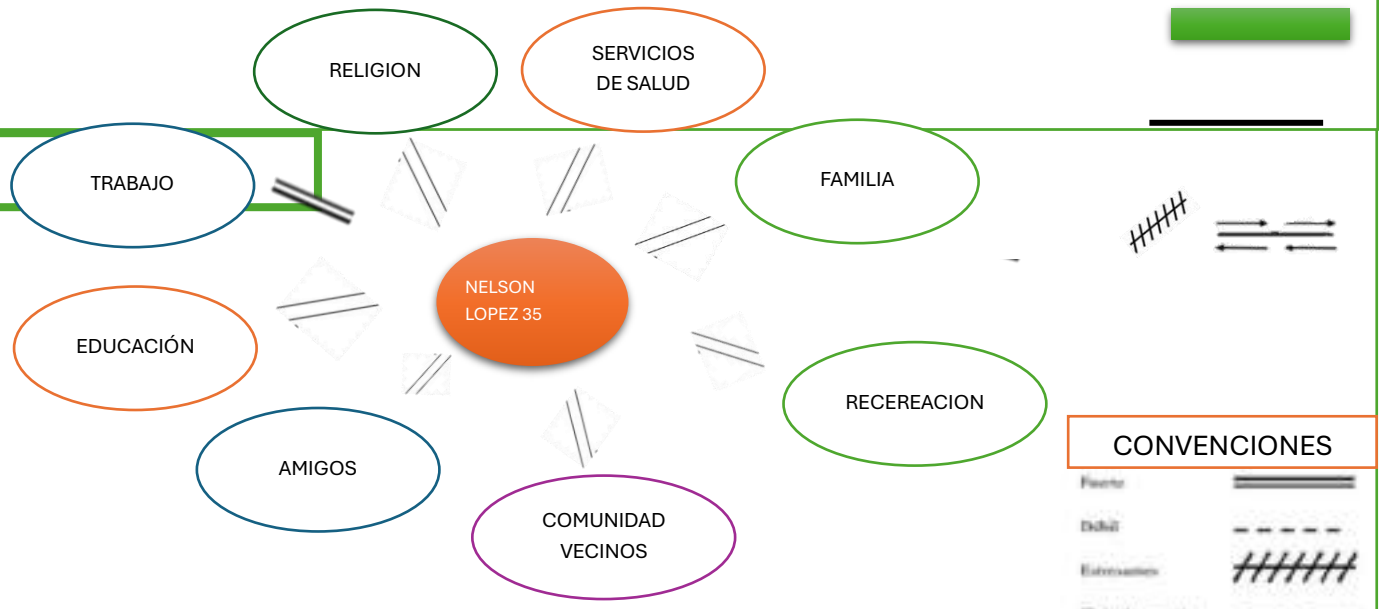
CELULAR: 310899573

VEREDA TIQUIZA



FAMILIOGRAMA

39



DATOS BASICOS

FOTO

FAMILIOGRAMA

ECOMAPA

CONVENCIONES



Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 7:37
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

VIVIANA QUECAN

MOTIVO VISITA *

VISITA POR ALTERACIONES CARDIACAS

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

NELSON

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

LOPEZ

SEGUNDO APELLIDO

GONZALEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1004501107

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

12 / 01 / 1988

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

MUTUALSER

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

DIABETES MELLITUS, DISLIPIDEMIA, TAQUICARDIA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3108995773

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

TIQUIZA 4 ESQUINAS ENTRADA CHORIBURGUER

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE SOLO.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA:NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: EN MEJORIA
CONTROLES MÉDICOS: SI FRECUENTES, A LA ESPERA SER VALROADO POR CARDIOLOGIA, APORTA HOLTER EN EL CUAL SE EVIDENCIA TAQUICARDIA SINUSAL.
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: NO
VACUNAS: COVID 2 DOSIS
TAMIZAJES SEGÚN EDAD: AL DIA.
ADULTO CON ADECUADOS CONTROLES MEDICOS, SE EXPLICA HALLAZGO DE HOLTER Y SE INDICA DEBE ASISTIR A SU CITA DE CONTROL CON ESPECIALISTA, MENCIONA ORDENES PERDIDAS POR LO QUE SE EXPLICA ASISTIR Y SOLICTAR COPIA, 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

160

Peso

76

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

74

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

126/70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

97

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

Archivos enviados

72.NELSON LOPEZ 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



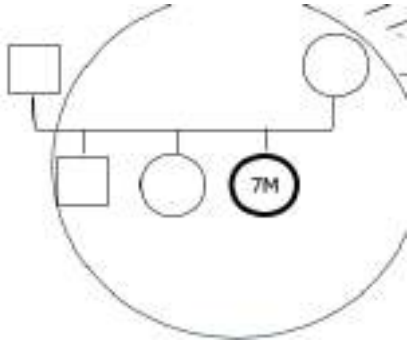
NOMBRE COMPLETO:
AYLINN SOFIA HINOJOSA NIEVES
EDAD: 7 M
DOCUMENTO: RC. 1072683002

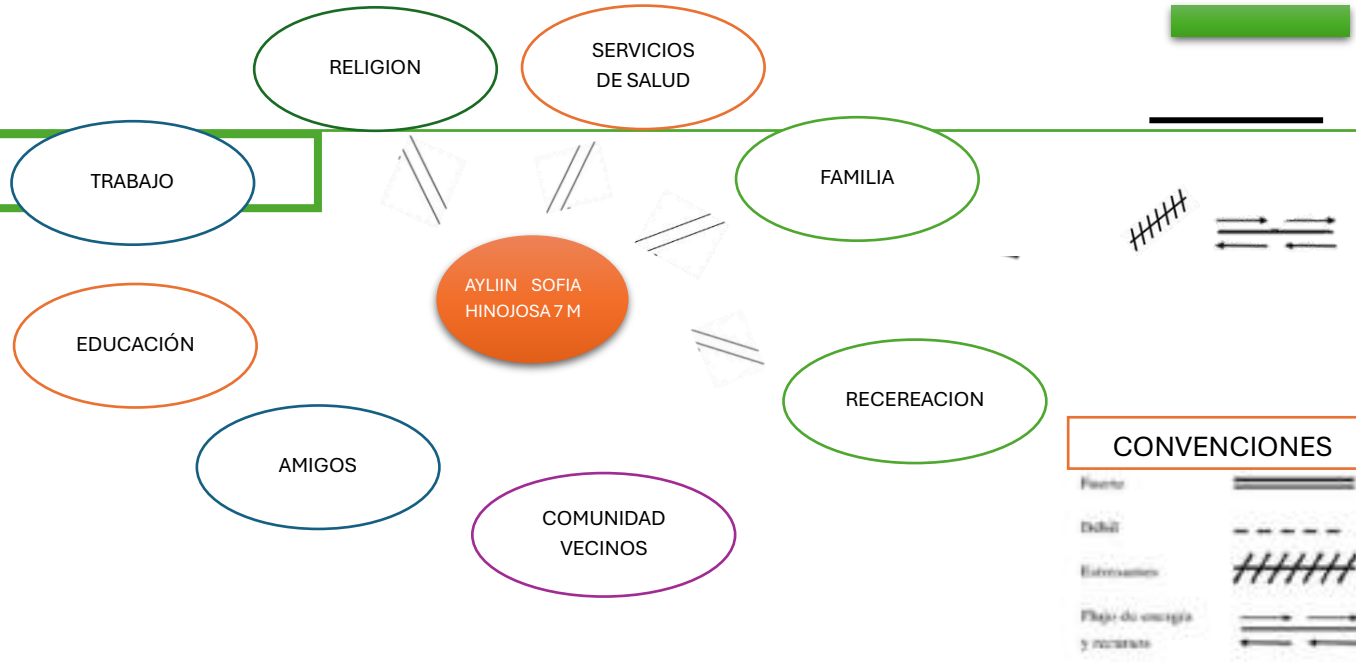
EPS: FAMISANAR

CELULAR: 3239512924

VEREDA TIQUIZA

FAMILIOGRAMA





Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 7:42
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

LIDA SIERRA

MOTIVO VISITA *

REMISIÓN

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

AYLINN

SEGUNDO NOMBRE

SOFIA

PRIMER APELLIDO *

HINOJOSA

SEGUNDO APELLIDO

NIEVES

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072683002

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

MERCEDES

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE

HINOJOSA

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NIEVES

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3239512924

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

20 / 06 / 2025

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: *

BRONQUIOLITIS DESDE LOS 24 DÍAS DE NACIDA

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
- [x] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [x] INDIGENA

- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3239512924

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

TIQUIZA ENTRADA CHORIBURGUER

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

HERMANA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE, HERMANA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ALIMENTACIÓN: NESTUM, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, LACTANCIA MATERNA
VACUNACIÓN: COMPLETAS PENDIENTE INFLUENZA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: TIENE AGENDADO PARA EL 24 FEBRERO
ODONTOLOGÍA:NO

MENOR DE 7 MESES QUIEN A PRESENTADO CUADRO CLÍNICO DE 2 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE CONGESTIÓN NASAL, RINORREA AMARILLENTA, PICOS FEBRILES 39, HOY CONSULTO POR URGENCIAS DONDE DIAGNOSTICARON IRA E INDICARON MANEJO CON ACETAMINOFEN 4.5 CC, SE DAN RECOMENDACIONES DE CUIDADO DE CUADRO ACTUAL, HIGIENE NASAL.
HACE UN MES FUE VALORADA POR PEDIATRÍA QUIEN INDICÓ MANEJO CON SALBUTAMOL Y BECLOMETASONA, MADRE REFIERE NO LOS REALIZA CON FRECUENCIA POR MIEDO A DEPENDENCIA SE BRINDA EDUCACIÓN EXPLICANDO 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 *

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 *

CUIDADOS POR PARTE DE LA MADRE

INSTITUCIONALES *

SEGUIMIENTO TERAPIA RESPIRATORIA

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

68

Peso

8.5

Frecuencia respiratoria

30

Frecuencia cardiaca

145

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

Perímetro braquial

15

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

73 AYLINN HINOJOSA ECO - Tatiana 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:
LUZ MERCEDES HINOJOSA NIEVES
EDAD: 34
DOCUMENTO: CC 1010140078

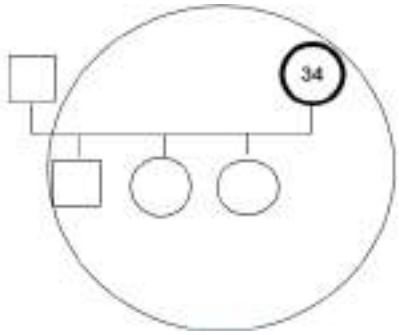
EPS: FAMISANAR

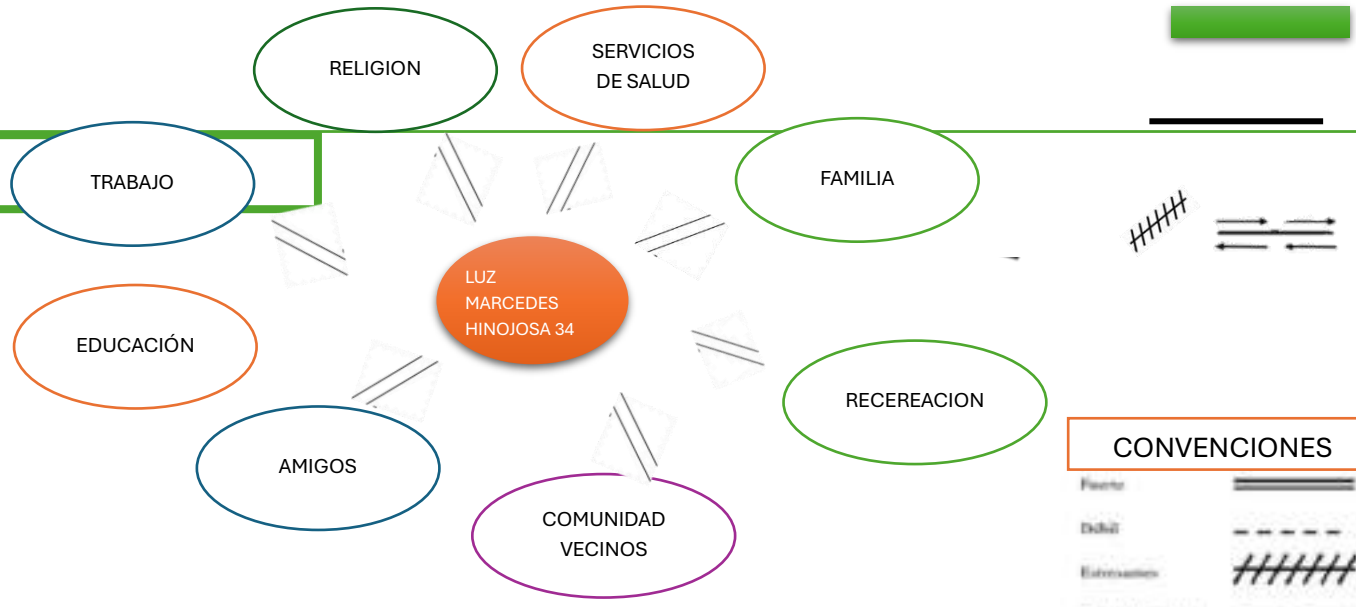
CELULAR: 3239512924

VEREDA TIQUIZA



FAMILIOGRAMA





Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 7:45
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BÚSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA DE SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE

MERCEDES

PRIMER APELLIDO *

HINOJOSA

SEGUNDO APELLIDO

NIEVES

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1010140078

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

16 / 11 / 1991

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: *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3239512924

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA TIQUIZA ENTRADA CHORIBURGUER

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

17(F), 10(F),7m(F)

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON HIJOS, ACTIVA LABORALMENTE, HIJA MAYOR ESTÁ AL CUIDADO DE HIJA MENOR

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: REGULAR
SEXUALIDAD SEGURA: NIEGA VIDA SEXUAL ACTIVA
PLANIFICACIÓN FAMILIAR: POMEROY
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: NO
CONTROLES MÉDICOS: 7 MESES
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: DEL EMBARAZO
VACUNAS: DEL EMBARAZO COVID 3 DOSIS
TAMIZAJES SEGÚN EDAD: RCV NO TIENE, VPH: NIEGA
ACTUALMENTE EN LACTANCIA MATERNA
ADULTA QUIEN NO ASISTE CONTROLES MÉDICOS,APARICIÓN DE LESIONES TIPO MASA EN CUELLO YA CONSULTÓ E INDICARON TOMA DE ECOGRAFÍAS, EN EL MOMENTO CON CUADRO INFECCIOSO RESPIRATORIO, SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, REALIZACIÓN OPORTUNA DE
TAMIZAJES SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, EDUCÓ EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

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

1.56

Peso

50

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

84

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

109/76

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

77

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

Archivos enviados

74 LUZ MERCEDES HINOJOSA ECO - Tatiana Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

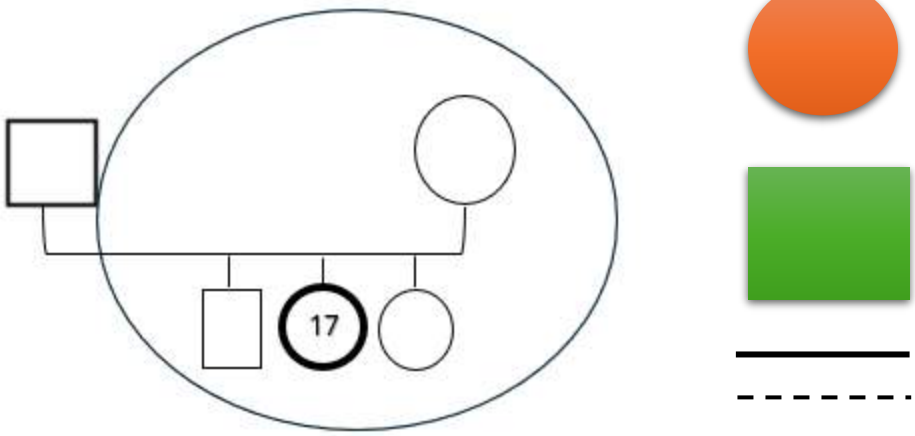
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

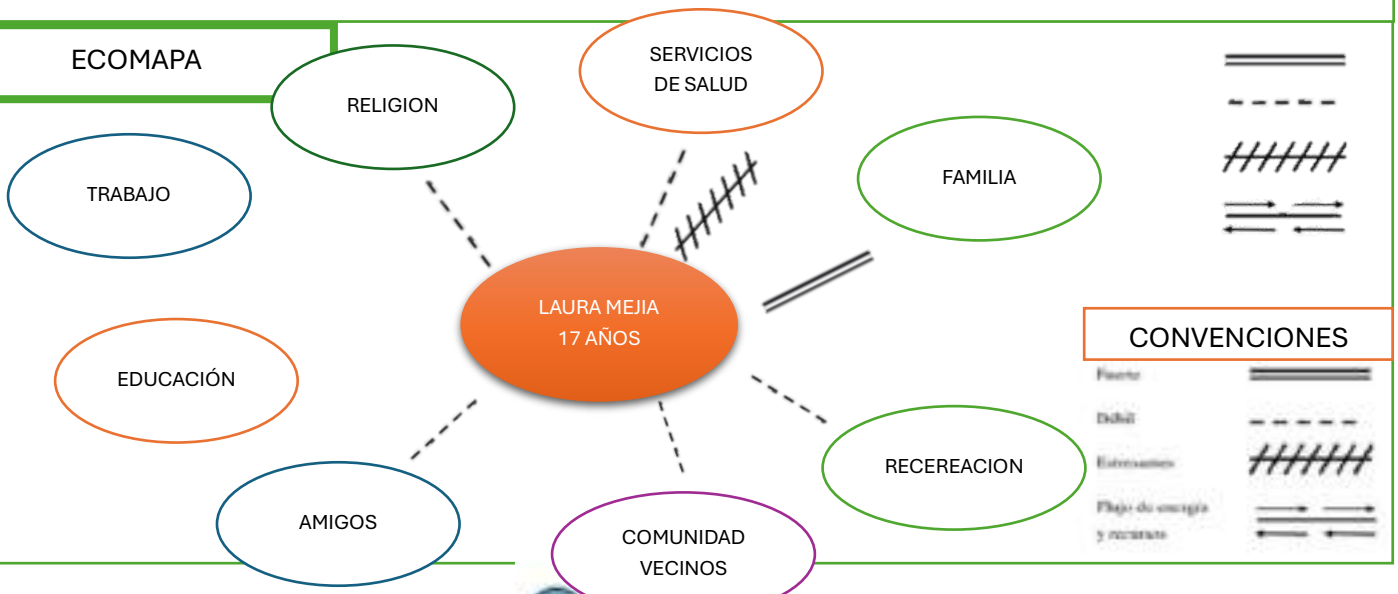
NOMBRE COMPLETO:
MARIA LAURA MEJIA
EDAD: 17 AÑOS
DOCUMENTO: TI 1120243251
EPS: SANITAS
CELULAR: 3239512924
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: 4 ESQUINAS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 7:58
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BÚSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARÍA

SEGUNDO NOMBRE

LAURA

PRIMER APELLIDO *

MEJIA

SEGUNDO APELLIDO

NIEVES

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1120243251

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE

HINOJOSA

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3239512924

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

28 / 07 / 2008

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

NA

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

CENTRO DE ATENCIÓN EN LA GUAJIRA

Antecedentes Personales en Salud: *

EN LA INFACIA BRONCONEUMONIA A REPETICIÓN

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
- [x] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [x] INDIGENA

- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro:

TELEFONO DE CONTACTO *

3239512924

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

TIQUIZA 4 ESQUINAS ENTRADA CHORIBURGUER

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MADRE Y HERMANAS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE Y HERMANOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA:NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: REGULAR
SEXUALIDAD SEGURA: SI

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: NO
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: NO
CONTROLES MÉDICOS: MÁS DE UN AÑO
CONTROLES ODONTOLÓGICOS MÁS DE UN AÑO
VACUNAS: COVID 1 DOSIS
TAMIZAJES SEGÚN EDAD:
PRESENTA CUADRO DE RINITIS ALÉRGICA SE DAN RECOMENDACIONES DE MANEJO Y PREVENCIÓN, ADEMÁS PRESENTA SENSACIÓN DE MASA EN FOSA ILIACA IZQUIERDO, SE PALPA MASA SUBCUTÁNEA DOLOROSA, SE INDICA DEBE CONSULTAR POR EPS PARA POSIBLE TOMA DE ECOGRAFIA Y PODER DEFINIR CARACTERISTICAS DE DICHA MASA.
SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, REALIZACIÓN OPORTUNA DE
TAMIZAJES SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, EDUCÓ EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

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 *

PORTABILIDAD

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.65

Peso

74

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

95

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

75.1 MARIA LAURA MEJIA ECO - Maria Hernandez.pdf

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

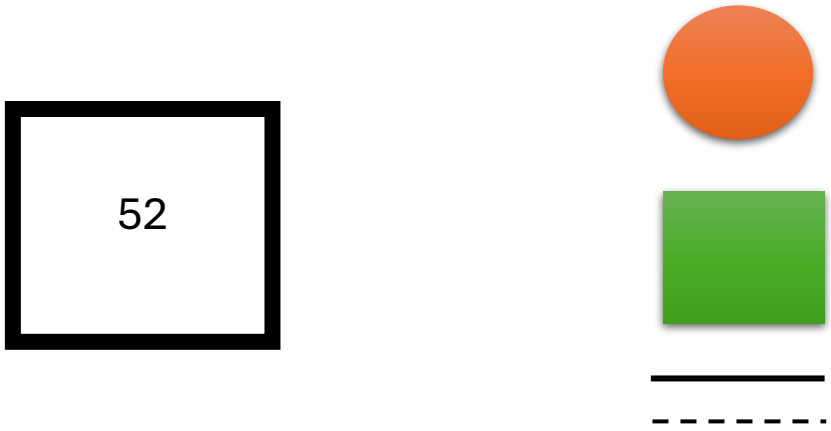
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS



NOMBRE COMPLETO:
MARIO RAFAEL HERNANDEZ CASTELLANOS
EDAD: 52 AÑOS
DOCUMENTO: CC. 1051833025
EPS: FAMISANAR
CELULAR: 3122932805
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: 4 ESQUINAS

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 8:01
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

LIDA SIERRA

MOTIVO VISITA *

VISITA DE SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIO

SEGUNDO NOMBRE

RAFAEL

PRIMER APELLIDO *

HERNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO

CASTELLANOS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1051833025

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

05 / 08 / 1973

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NIEGA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

- [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 *

3122932805

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA TIQUIZA SECTOR 4 ESQUINAS ENTRADA CHORIBURGUER

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

5 hijos 22(F) 21 (M) 17(F) 26 F, 8 F

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE SOLO, HIJOS EN LA COSTA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: REGULAR
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:NO
CONTROLES MÉDICOS: HACE 5 MESES
CONTROLES ODONTOLÓGICOS NO
VACUNAS: COVID 3 DOSIS
TAMIZAJES SEGÚN EDAD: NO RECUERDA
ADULTO QUIEN EN LA VISITA INCIAL PRESENTA BRADICARDIA SE REALIZA SEGUIMEINTO EVIDENCIANDO FRECUENCA CARDIACA EN RANGOS DE BARDICARDIA, SE INDICA DEBE CONSULTAR POR SU EPS, PARA INCIIAR SEGUIMIENTO Y ESTUDIOS, SE DAN SIGNOS DE ALARMA, SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, PLANIFICACIÓN FAMILIAR, REALIZACIÓN OPORTUNA DE TAMIZAJES SEGÚN RESOLUCIÓN 3280, EDUCÓ EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

CONTROL POR EPS
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

1.65

Peso

82

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

51

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

123/84

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

76.1 MARIO HERNANDEZ ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

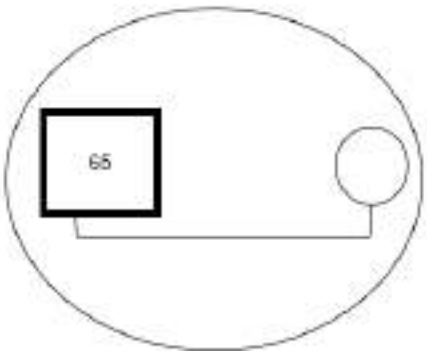
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

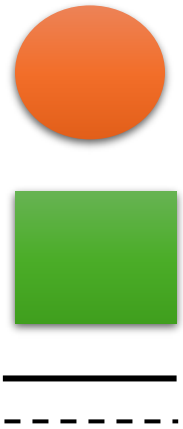
DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
PABLO ELIAS MOLINA MOLINA
EDAD: 65 AÑOS
DOCUMENTO: CC. 79161798
EPS: NUEVA EPS
CELULAR: 3215821515
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: 4 ESQUINAS

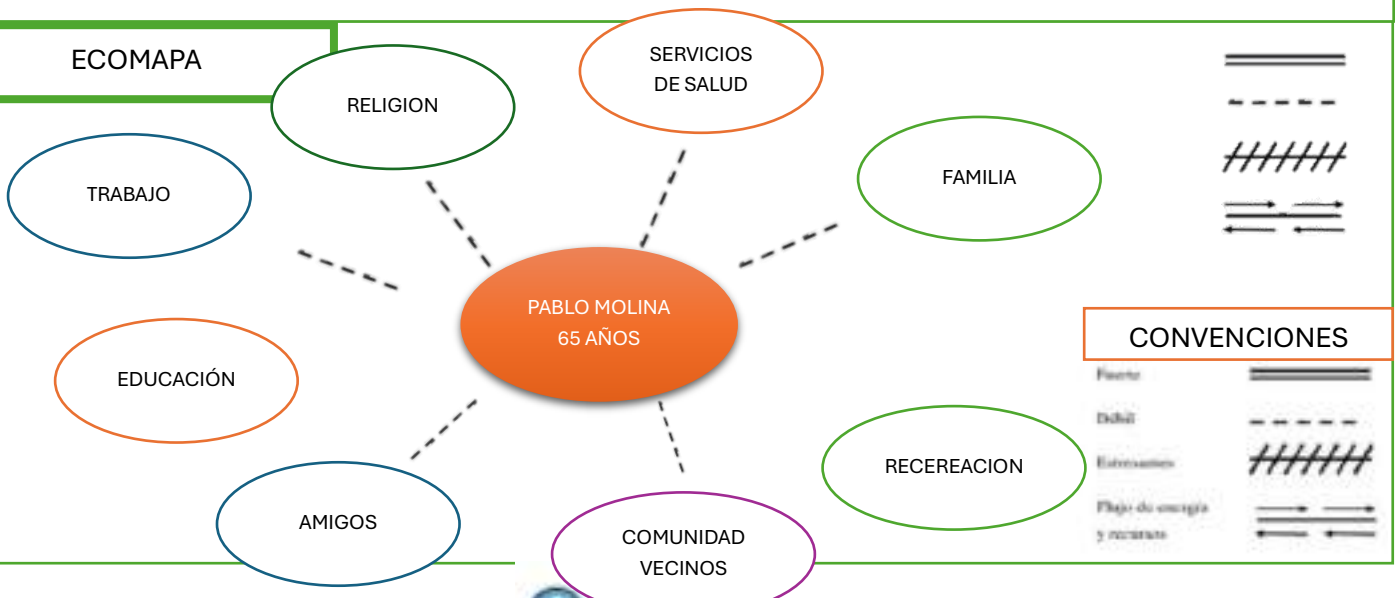


FAMILIOGRAMA





ECOMAPA



Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 8:07
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

MILENA CIFUENTES

MOTIVO VISITA *

VISITAS DE SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

PABLO

SEGUNDO NOMBRE

ELIAS

PRIMER APELLIDO *

MOLINA

SEGUNDO APELLIDO

MOLINA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

79161798

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

29 / 11 / 1960

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

PLAZA MADERO

Antecedentes Personales en Salud: *

ESCOLIOSIS, HERNIA DISCAL? , TRAUMA RAQUIMEDULAR? LÍQUIDO EN MÉDULA? HACE 10 AÑOS CON POSTERIOR PÉRDIDA DE LA FUERZA EN EXTREMIDADES INFERIORES

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes

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

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 *

3215821515

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA TIQUIZA 4 ESQUINAS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

36 M 30 F26 M

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON ESPOSA E HIJOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ADULTO MAYOR CON ANTECEDENTES MENCIONADOS ÚLTIMO CONTROL MÉDICO HACE MÁS DE DOS AÑOS , HACE 5 AÑOS PERDIÓ LA MOVILIDAD DE EXTREMIDAD INFERIOR , EN EL MOMENTO MOVILIDAD CON CAMINADOR, SE LEVANTA CON FRECUENCIA PARA EVITAR ESTAR POR TIEMPO PROLONGADO EN UNA MISMA POSICIÓN YA QUE LE GENERA DOLOR POR ESCOLIOSIS SIGNIFICATIVA QUE GENERA DESVIACIÓN SIGNIFICATIVA, A PERDIDO FUERZA EN LAS EXTREMIDADES,TIENE ALTO RIESGO DE CAIDAS, NEUROLÓGICAMENTE SIN ALTERACIONES, DEBE ASISTIR A CONTROL POR SU EPS. PENDIENTE VALORACIÓN POR EPS PARA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

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 *

FISOTERAPIA

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.65

Peso

64

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

128/63

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

94

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

Archivos enviados

77. 1 PABLO ELIAS MOLINA ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

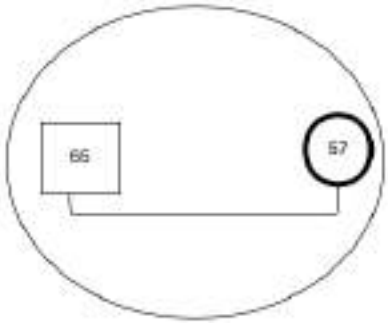
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

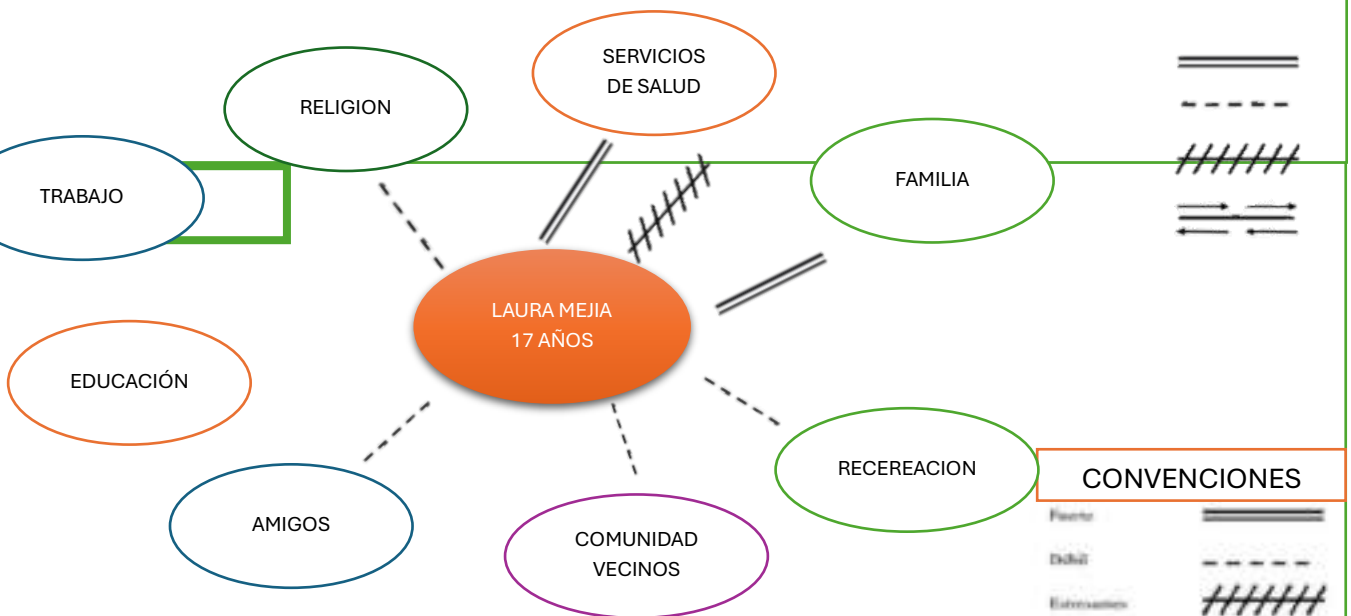
NOMBRE COMPLETO:
MARIA ALICIA SANTANA PINILLA
EDAD: 57 AÑOS
DOCUMENTO: CC 39 739843
EPS: NUEVA EPS
CELULAR: 3215821515
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: 4 ESQUINAS



FAMILIOGRAMA







CONVENCIONES

Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 8:24
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

MILENA CIFUENTES

MOTIVO VISITA *

VISITA DE SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

ALICIA

PRIMER APELLIDO *

SANTANA

SEGUNDO APELLIDO

PINILLA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

39739843

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

11 / 07 / 1968

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

DOMICILIARIO

Antecedentes Personales en Salud: *

ARTRITIS REUMATOIDEA, EPILEPSIA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

3215821515

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

TIQUIZA 4 ESQUINAS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

30

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON ESPOSO E HIJA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ADULTA MAYOR QUIÉN PRESENTA ANTECEDENTE DE ARTRITIS REUMATOIDE LO CUAL LE HA GENERADO DEFORMIDAD EN VARIAS EXTREMIDADES PRINCIPALMENTE EN MANOS PIES LO CUAL LE HA DIFICULTADO DESARROLLAR SUS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN EL MOMENTO ESTÁ UTILIZANDO MULETAS PARA PODER REALIZAR SU MOVILIDAD ESTE EN SEGUIMIENTO POR MEDICINA DOMICILIARIA Y TAMBIÉN PRESENTA CONTROLES POR REUMATOLOGÍA ¿QUIÉN INDICÓ MANEJO CON MEDICAMENTO BIOLÓGICO PERO CON DIFICULTADES EN SU ENTREGA AL IGUAL QUE DIFICULTADES PARA LA ENTREGA DE MEDICAMENTO PARA LAS CONVULSIONES PRESENTA ALTO RIESGO DE CAÍDAS ADULTA MAYOR FRÁGIL SE INDICA REQUIERE DE UNA PERSONA QUE ESTÉ A SU CUIDADO , ASÍ MISMO SE DAN RECOMENDACIONES DIARIAS Y TÉCNICAS PARA EVITAR CAÍDAS DEBE CONTINUAR SUS CONTROLES POR SU 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 *

FISIOTERAPIA

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

Peso

52

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

68

Saturación de oxigeno

91

Tensión arterial

121/78

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

78.1 MARIA ALICIA SANTANA PINILLA ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

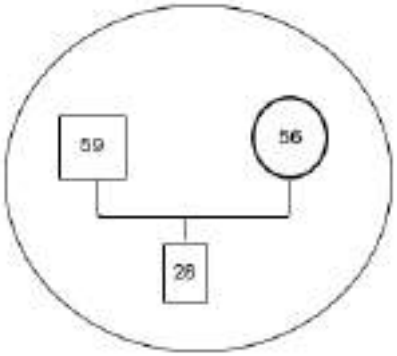
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

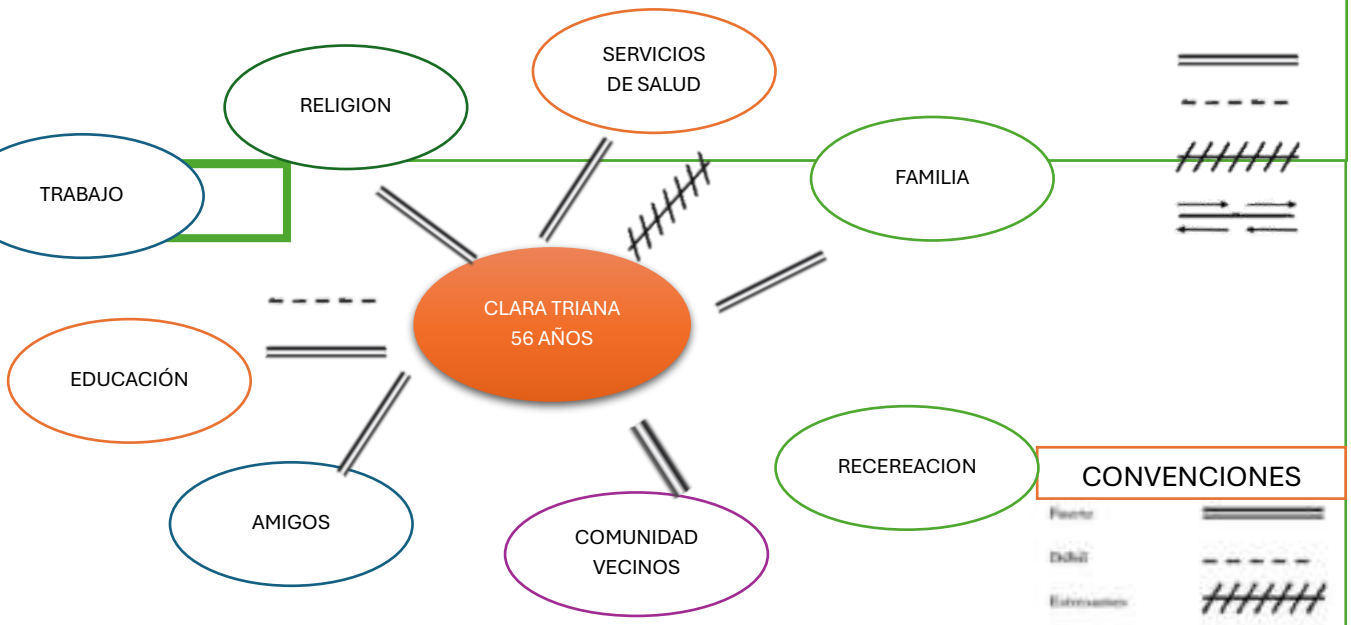
NOMBRE COMPLETO:
CLARA INES TRIANA ROMERO
EDAD: 56 AÑOS
DOCUMENTO: CC 51957670
EPS: SANITAS
CELULAR: 3102981001
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: PARROQUIA SAN EZEQUIEL



FAMILIOGRAMA







CONVENCIONES

Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 8:40
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

CLARA

SEGUNDO NOMBRE

INES

PRIMER APELLIDO *

TRIANA

SEGUNDO APELLIDO

ROMERO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

51957670

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

21 / 03 / 1969

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: *

HIPOTIRODISMO, GASTRITIS, ANSIEDAD

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

3102981001

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

TIQUIZA SECTOR PARROQUIA SAN EZEQUIEL

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

28

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON ESPOSO E HIJO, SE ENCUENTRA EN SEGUIMEINTO POR PSIQUIATRIA, NO A LOGRADO CONTROLES POR PSICOLOGIA.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI
CONTROLES MÉDICOS: DICIEMBRE 2025
CONTROLES ODONTOLÓGICOSFEBRERO 2026
VACUNAS:COVID 3 DOSIS
TAMIZAJES SEGÚN EDAD: MAMOGRAFIA: HACE 5 AÑOS, SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL SIN SOLICITUD
ADULTA CON ADECUADOS CONTROLES MEDICOS,A LA ESPERA DE VALROAICON POR PSICOLOGIA PARA CONTINUAR CON SU PROCESO, ESTADO DE ANIMO MAS TRANQUILA, 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 *

PSICOLOGIA

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

155

Peso

67

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

72

Saturación de oxigeno

95

Tensión arterial

130/70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

95

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

Archivos enviados

79.1 CLARA INES TRIANA ROMERO ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

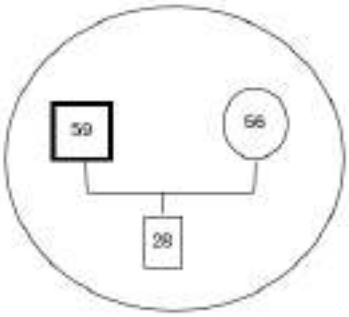
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

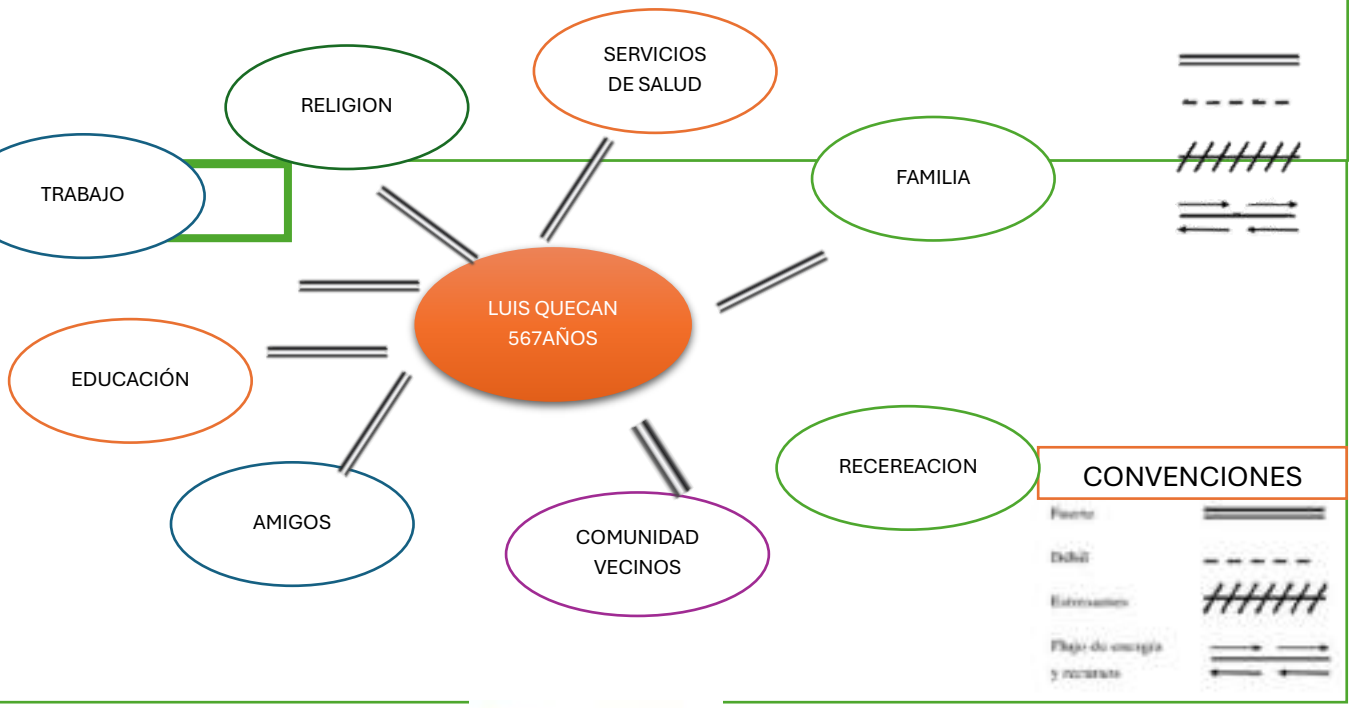
NOMBRE COMPLETO:
LUIS CARLOS QUECAN RAMON
EDAD: 59 AÑOS
DOCUMENTO: CC 13487140
EPS: SANITAS
CELULAR: 3144307779
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: PARROQUIA SAN EZEQUIEL



FAMILIOGRAMA







CONVENCIONES

Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 8:45
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUIS

SEGUNDO NOMBRE

CARLOS

PRIMER APELLIDO *

QUECAN

SEGUNDO APELLIDO

RAMON

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

13487140

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

12 / 02 / 1977

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: *

DISLIIDEMIA, PREDIABETES

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 *

3144307779

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

TIQUIZA SECTOR PARROQUIA SAN EZEQUIEL

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

28

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON ESPOSA E HIJO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: POCO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI EN MEJORIA
CONTROLES MÉDICOS: SI
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: SI
VACUNAS:COVID
TAMIZAJES SEGÚN EDAD:AL DIA
ADULTO CON ADECUADOS CONTROLES MEDICOS, EN SEGUIMEINTO POR DISLIPIDEMIA Y PREDIABETES CON INDICACION DE MANEJO FARMACOLOGICO, SE DAN RECOMEDACIONES DE ALIMENTACION, ADHERENCIA AL MANEJO, 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

157

Peso

57

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

77

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

112/69

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

80.1 LUIS CARLOS QUECAN RAMON ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

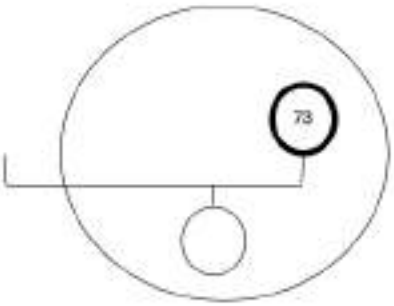
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
LUCIA TIBAQUIRA PARRA
EDAD: 72 AÑOS
DOCUMENTO: CC 20469395
EPS: FAMISANAR
CELULAR: 3212945468
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: 4 ESQUINAS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES

Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 14:56
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

LIDA SIERRA

MOTIVO VISITA *

VISITA POR ELEVACION DE CIFRAS TENSIONALES

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUCIA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

TIBAQUIRA

SEGUNDO APELLIDO

PARRA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20469395

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

13 / 11 / 1952

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: *

HIPERTENSION DIABETES MELLITUS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3212945468

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

TIQUIZA 4 ESQUINAS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

33. 30

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON HIJA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: REGULAR
CONTROLES MÉDICOS: SI.
CONTROLES ODONTOLÓGICOS NO
VACUNAS: COVID 3 DOSIS, INFLUENZA NO RECUERDA
TAMIZAJES SEGÚN EDAD: AL DIA
ADULTA MAYOR CON ADECUADOS CONTROLES MEDICOS, SE EVIDENCIO ELEVACION DE CIFRAS TENSIONALES EN VISITA PREVIA, PACIENTE QUEIN NO CONSUME ANTIHIPERTENSIVOS YA QUE CONSUME MEDICAMNTOS HOMEOPATICOS, SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR CON LOS MEDICAMENTOS POR EL ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES, 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

1.50

Peso

79

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

74

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

156/69

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

96

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

Archivos enviados

81. 1 LUCIA TIBAQUIRA ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

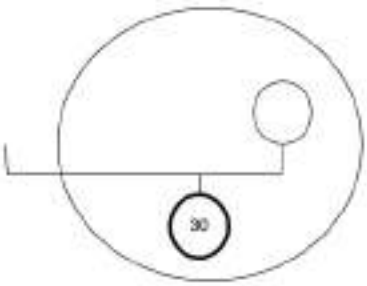
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
JESIKA LUCIA SANCHEZ TIBAQUIRA
EDAD: 30 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1072709760
EPS: FAMISANAR
CELULAR: 3212945468
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: 4 ESQUINAS

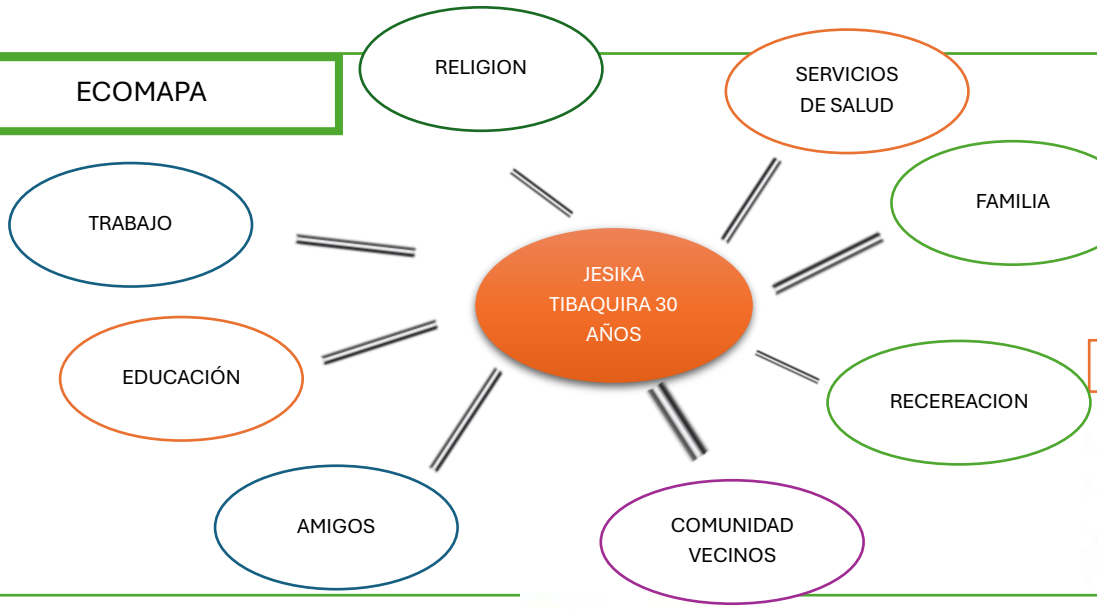


FAMILIOGRAMA





ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Maria Hernandez <majohm1019@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 9:43
Para: majohm1019@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

Correo *

majohm1019@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JESIKA

SEGUNDO NOMBRE

LUCIA

PRIMER APELLIDO *

SANCHEZ

SEGUNDO APELLIDO

TIBAQUIRA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072709760

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

28 / 07 / 1995

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

PLAZA MADERO

Antecedentes Personales en Salud: *

RETRASO EN LENGUAJE Y MOTRICIDAD FINA

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
- [x] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3212945468

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

TIQUIZA 4 ESQUINAS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE, SE ENCUNTRA TRABAJANDO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: OCASIONAL
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI
CONTROLES MÉDICOS: NO FRECUENTES
CONTROLES ODONTOLÓGICOS NO.
VACUNAS: COVID 3 DOSIS
TAMIZAJES SEGÚN EDAD: NIEGA
ADULTA CON POCOS CONTROLES MEDICOS, NO ES CLARA CON EL INICIO DE VIDA SEXUAL, NO PLANIFICA, SE DAN RECOMENDACIONES Y SE EDUCA EN LOS DIFERENTES METODOS Y EN LA CONSULTA PRECONCEPCIONAL, 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

162

Peso

58

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

66

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

103/76

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

82. 1 JESIKA SANCHEZ TIBAQUIRA ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

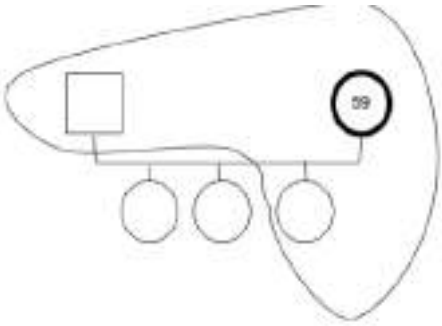
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
MARTHA UZMAN MACIAS
EDAD: 59 AÑOS
DOCUMENTO: CC 39721953
EPS: FAMISANAR
CELULAR: 3144524601
VEREDA: BOJACA
SECTOR: 3 ESQUINAS



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> 22 de febrero de 2026 a las 10:03
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: *

OLGA SEGURA

MOTIVO VISITA *

VISITA POR PATOLOGIA CRONICA NO CONTROLADA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARTHA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

GUZMAN

SEGUNDO APELLIDO

MACIAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

39721953

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

23 / 10 / 1966

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: *

HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES MELLITUS, HIPOTIRIODISMO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3144524601

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 TRES ESQUINAS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

36.30.29

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON PAREJA E HIJO MENOR, ESTA AL CUIDADO DE MADRE ADULTA MAYOR, EN LOS ULTIMOS DIAS CON ESTRES POR TEMAS DE MUDANZA DE MADRE.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: NO
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: HIPOSODICA
CONTROLES MÉDICOS: SI
CONTROLES ODONTOLÓGICOS NO
VACUNAS: COVID 3 DOSIS
TAMIZAJES SEGÚN EDAD: AL DIA.
ADULTA CON ADECUADOS CONTROLES MEDICOS,PRESENTO ELEVACION DE CIFRAS TENSIONALES AL PARECER SECUNDARIO A ESTRES FAMILIAR, EN E MOMENTO CON CIFRAS EN METAS, SE DAN RECOMENDACIONES, 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 *

PSICOLOGIA

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

152

Peso

84

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

76

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

135/84

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

86

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

Archivos enviados

83. 1 MARTHA GUZMAN ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

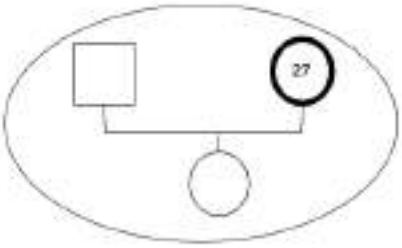
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

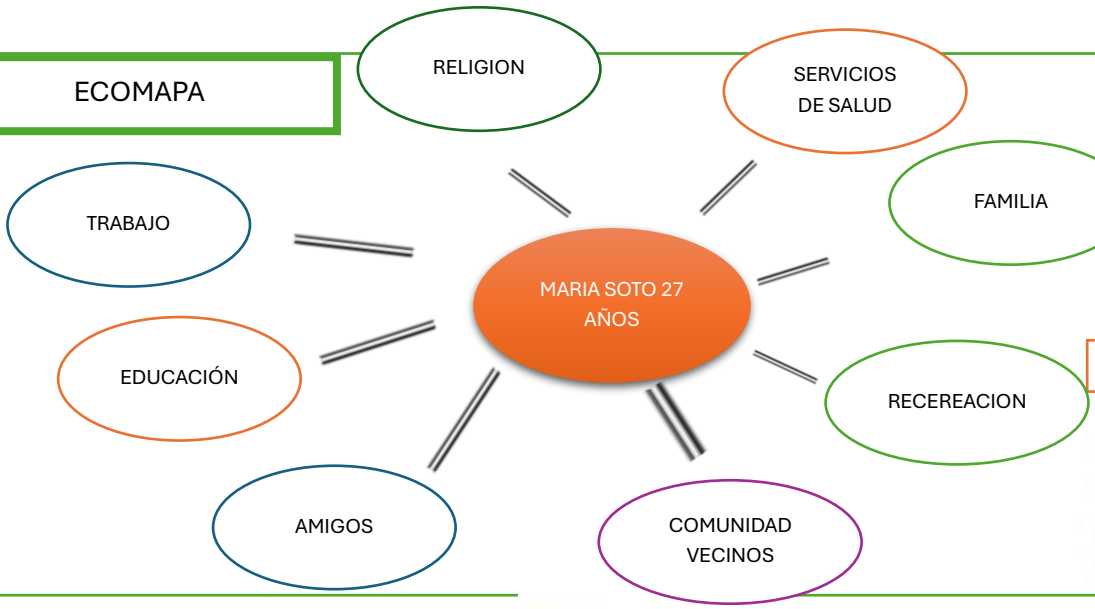
NOMBRE COMPLETO:
MARIA ELENA SOTO HURTADO
EDAD: 27 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1007200741
EPS: SALUD TOTAL
CELULAR: 3113012917
VEREDA: BOJACA
SECTOR: PARQ. FLORES



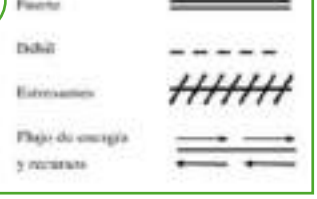
FAMILIOGRAMA



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> 22 de febrero de 2026 a las 10:17
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: *

OLGA SEGURA

MOTIVO VISITA *

VISITA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

ELENA

PRIMER APELLIDO *

SOTO

SEGUNDO APELLIDO

HURTADO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1007200741

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

27 / 11 / 1998

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION GESTACIONAL

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3113012917

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 DESTAPADA AL LADO DEL COLEGIO AL FONDO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

11.3M

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON PAREJA E HIJA MENOR

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PUERPERIO TARDÍO EN BUEN ESTADO, DURANTE EL EMBARAZO PRESENTÓ HIPERTENSIÓN GESTACIONAL REALIZARON CESÁREA POR DETENCIÓN EN LA DILATACIÓN EN EL POSTPARTO SIN REQUERIMIENTO DE MEDICAMENTO ANTIHIPERTENSIVO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS HA PRESENTADO CEFALEA GENERALIZADA OCASIONAL Y SENSACIÓN DE MAREO EN EL MOMENTO SE EVIDENCIAN CIFRAS TENSIONALES EN METAS POR LO QUE SE INDICA MEJORAR ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN.LACTANCIA MATERNA SE EDUCA EN ADECUADAS TÉCNICAS, PUERICULTURA,SIGNOS DE ALARMA, CUENTA CON MÉTODO DE PLANIFICACIÓN , SE REALIZA EDUCACIÓN EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, SE INFORMA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, PUERICULTURA BÁSICA, ALIMENTACIÓN BALANCEADA ADECUADA PARA LA MADRE, FORTALECIMIENTO DE LOS VÍNCULOS AFECTIVOS (LA IMPORTANCIA DEL CONTACTO PIEL A PIEL Y LA LACTANCIA MATERNA TEMPRANA, COMO LOS PRINCIPALES FACTORES QUE PERMITEN EL ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULO AFECTIVO), LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCUIDADO, LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA PROGRESIVA PARA PROMOVER LA RECUPERACIÓN DEL TONO MUSCULAR DE LA MUJER Y DE LA ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA (POR EJEMPLO CON PASEOS DIARIOS); ASÍ MISMO, SE INFORMARÁ SOBRE LAS DIFERENTES FORMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y SEXUAL Y LOS MECANISMOS DE DENUNCIA DE LAS MISMAS,. INFORMACIÓN SOBRE LOS HÁBITOS DE SUEÑO Y DESCANSO.

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

167

Peso

82

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

81

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

123/73

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

84. 1 MARIA ELENA SOTO ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

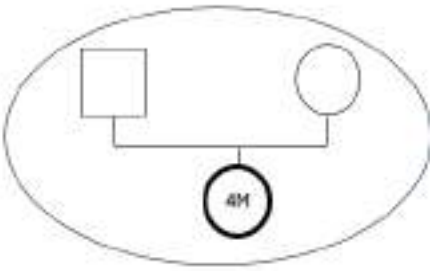
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
ADHARA SOFIA SALGADO SOTO
EDAD: 4 MESES
DOCUMENTO: RC 1072683368
EPS: SALUD TOTAL
CELULAR: 3113012917
VEREDA: BOJACA
SECTOR: PARQ. FLORES

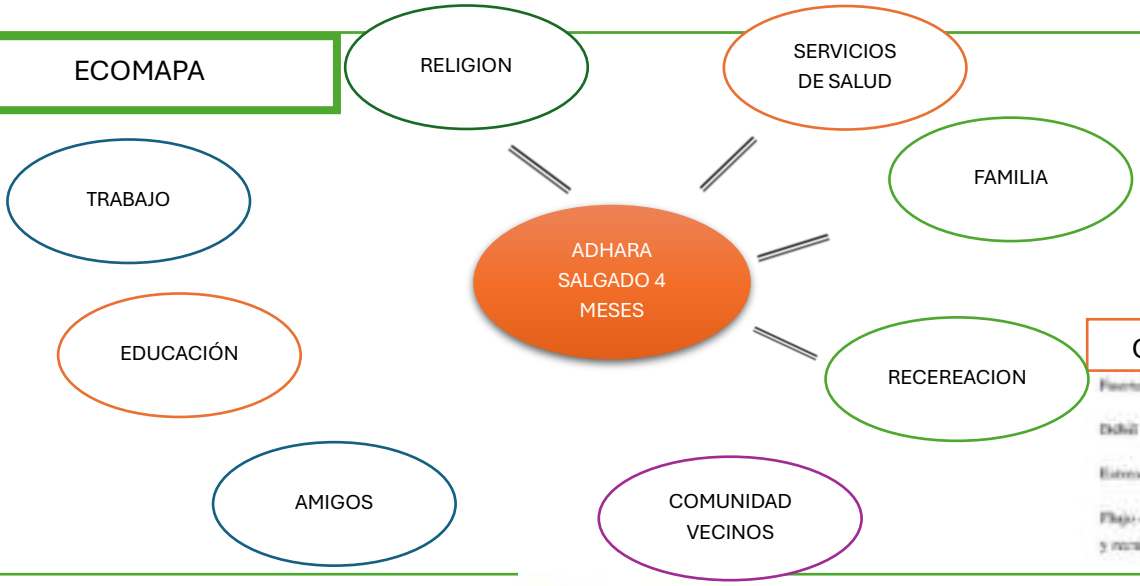


FAMILIOGRAMA





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> 22 de febrero de 2026 a las 10:21
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

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ADHARA

SEGUNDO NOMBRE

SOFIA

PRIMER APELLIDO *

SALGADO

SEGUNDO APELLIDO

SOTO

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072683368

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

06 / 11 / 2025

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

SOTO

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3113012917

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: *

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 *

3113012917

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 DESTAPADA AL LADO DEL COLEGIO BOJACA AL FONDO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON PADRES

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

LACTANTE MENOR QUIEN SE ENCUENTRA EN LACTANCIA MATERNA Y FÓRMULA COMPLEMENTARIA HASTA EL MOMENTO EN BUEN ESTADO GENERAL SE ENCUENTRA EN SUS CONTROLES POR EPS MADRE INDICA CON ADECUADA GANANCIA DE PESO Y TALLA, EN CUANTO AL DESARROLLO ADECUADO PARA LA EDAD, , SE EDUCA EN PREVENCIÓN DE IRA (INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA), EDA (ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA).

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

CONTROLES POR CRECIMEINTO Y DESARROLLO, PUERICULTURA

FAMILIARES *

PURICULTURA, SIGNOS DE ALARMA

INSTITUCIONALES *

NO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

57

Peso

6.2

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

85. 1 ADHARA SALGADO SOTO ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

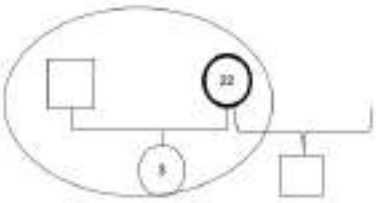
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
DAMARIS CAROLINA EPIEYO
EDAD: 22 AÑOS
DOCUMENTO: CC. 1147936299
EPS: NUEVA EPS
CELULAR: 3117323110
VEREDA: BOJACA
SECTOR: MERC. CALAHORRA

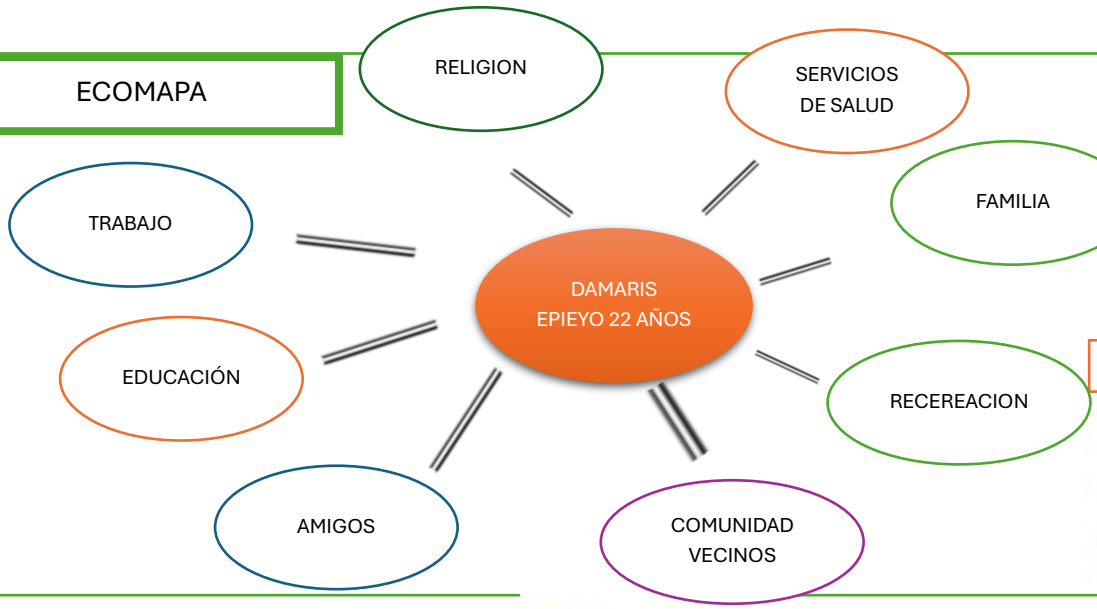


FAMILIOGRAMA

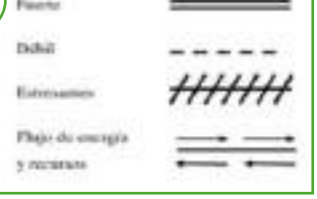




ECOMAPA



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> 22 de febrero de 2026 a las 11:19
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: *

OLGA SEGURA

MOTIVO VISITA *

VISITA GESTANTE

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

DAMARIS

SEGUNDO NOMBRE

CAROLINA

PRIMER APELLIDO *

EPIEYU

SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1147936299

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

06 / 05 / 2003

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NIEGA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3117323110

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

URBANO

URBANO

TIPO DE DIRECCIÓN *

KR

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

1

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

30

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

36

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

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

3

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON PAREJA E HIJA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

INICIO DE CONTROLES PRENATALES: DICIEMBRE 2025
INGESTA DE MICRONUTRIENTES: SI
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: SI
CONTROLES PRENATALES: SI #1

CONTROLES ODONTOLÓGICOS: NO
CONTROL PSICOLOGIA:SI
CONTROL NUTRICION: SI
CURSO PSICOPROFILÁCTICO: NO
VACUNAS: PENDIENTE
PARACLÍNICOS SEGÚN TRIMESTRE:PENDIENTES
ECOGRAFÍAS: YA LA REALIZO PENDIENTE EL RESULTADO
GESTANTE DE ALTO RIESGO POR INICIO TARDÍO DE CONTROLES PRENATALES, AUN NO HA REALIZADO CONTROL DE PARACLÍNICOS, REALIZARON ECOGRAFÍAS PERO AUN NO CUENTA CON REPORTE,, ESTA CONSUMIENDO MICRONUENTRES, EDUCÓ EN LA IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA A LOS CONTROLES, CURSOS PSICOPROFILÁCTICOS Y REALIZACIÓN DE MANERA OPORTUNA DE LABORATORIOS, INDICO COMO REALIZAR TOMA DE LABORATORIOS Y CONTINUAR EN RUTA DE CONTROL PRENATAL, DOY SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO.

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

148

Peso

63

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

110

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

115/69

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

86. 1 DAMARIS EPIEYO ECO - Maria Hernandez.pdf

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

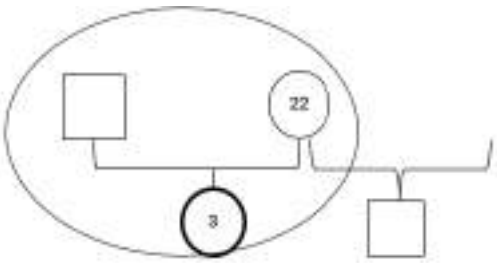
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

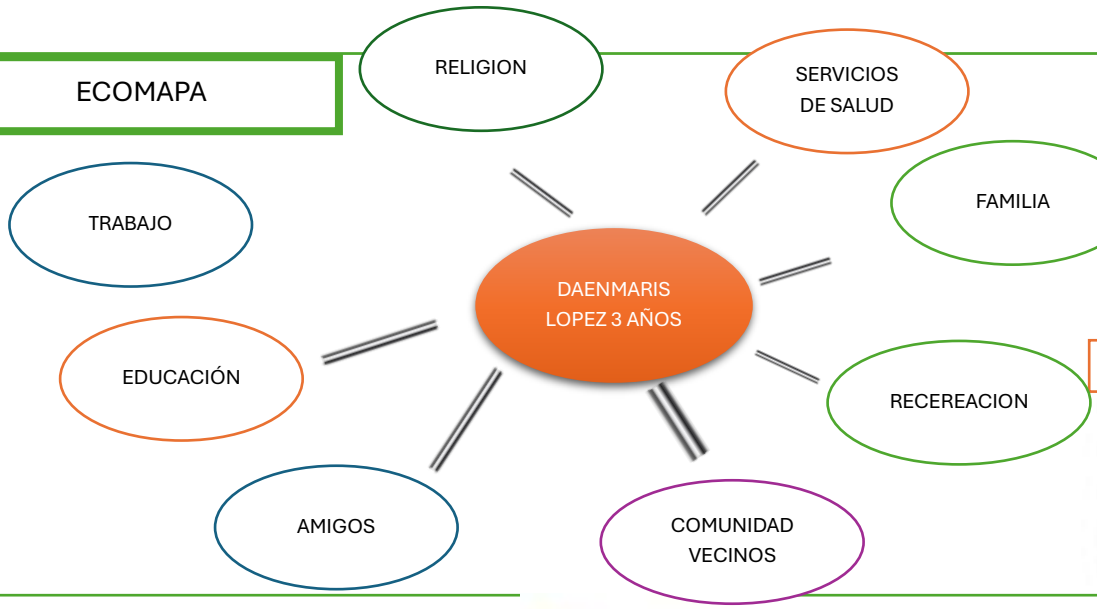
NOMBRE COMPLETO:
DAENMARIS ESTHER LOPEZ EPIEYO
EDAD: 3 AÑOS
DOCUMENTO: CC. 1147936299
EPS: NUEVA EPS
CELULAR: 3117323110
VEREDA: BOJACA
SECTOR: MERC. CALAHORRA



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> 22 de febrero de 2026 a las 11:29
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

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

DAENMARIS

SEGUNDO NOMBRE

ESTHER

PRIMER APELLIDO *

LOPEZ

SEGUNDO APELLIDO

EPIEYU

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1124090847

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

01 / 04 / 2022

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

DAMARIS

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

EPIEYU

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3117323110

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

CESAR

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

☐ Otro:

TELEFONO DE CONTACTO *

3117323110

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

URBANO

URBANO

TIPO DE DIRECCIÓN *

KR

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

1

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

35

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

36

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

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON PADRES

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ALIMENTACIÓN: TODOS LOS GRUPOS NUTRICIONALES PERO ALTA EN CARBOHIDRATOS
VACUNACIÓN AL DIA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: DICIEMBRE 2025
OPTOMETRÍA: NO
ODONTOLOGÍA: SI
DESPARASITACIÓN: SI
BARNIZ DE FLÚOR: SI
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:RIESGO DE 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 *

REALIZAR PORTABILIDAD - 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

96

Peso

14

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

85

Saturación de oxigeno

95

Tensión arterial

Perímetro braquial

15.5

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

87. 1 DAENMARIS LOPEZ EPIEYO ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

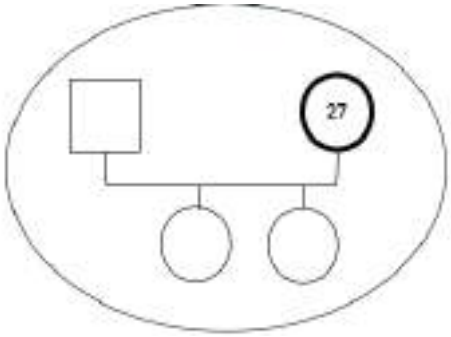
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
LEIDY JUANA LOPEZ GONSALEZ
EDAD: 27 AÑOS
DOCUMENTO: CC. 6858762
EPS: SANITAS
CELULAR: 3022249714
VEREDA: BOJACA
SECTOR: MERC. CALAHORRA



FAMILIOGRAMA

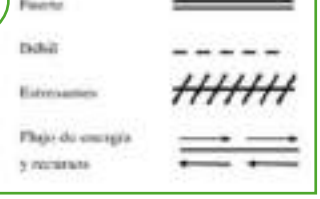




ECOMAPA



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> 22 de febrero de 2026 a las 11:39
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: *

ENFERMERIA

MOTIVO VISITA *

VISITA GESTANTE

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LEIDY

SEGUNDO NOMBRE

JUANA

PRIMER APELLIDO *

LOPEZ

SEGUNDO APELLIDO

GONZALES

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso por Protección Temporal

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

685876

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

26 / 05 / 1998

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

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
- [x] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro:

TELEFONO DE CONTACTO *

3022249714

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 CERCA AL COLEGIO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

10.6

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON PAREJA E HIJAS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

INICIO DE CONTROLES PRENATALES: HACE UN MES
INGESTA DE MICRONUTRIENTES: SI
ALIMENTACIÓN SALUDABLE: NO, POR HIPEREMESIS GRAVIDICA
CONTROLES PRENATALES: SI #1
CONTROLES ODONTOLÓGICOS: NO
CONTROL PSICOLOGIA:NO
CONTROL NUTRICION: SI
CURSO PSICOPROFILÁCTICO: NO
VACUNAS: PENDIENTE
PARACLÍNICOS SEGÚN TRIMESTRE:YA LOS REALIZÓ PENDIENTE LA REVISIÓN
ECOGRAFÍAS: YA LA REALIZO PENDIENTE EL RESULTADO
GESTANTE DE ALTO RIESGO POR INICIO TARDÍO DE CONTROLES PRENATALES, AMENZA DE ABORTO, HIPERMESIS GRAVIDICA QUE LE DIFICULTA LA ALIMENTACION, YA REALIZO CONTROL DE PARACLÍNICOS, REALIZARON ECOGRAFÍAS PERO AUN NO CUENTA CON REPORTE, ESTA CONSUMIENDO MICRONUENTRES, EDUCÓ EN LA IMPORTANCIA DE LA ASISTENCIA A LOS CONTROLES, CURSOS PSICOPROFILÁCTICOS Y REALIZACIÓN DE MANERA OPORTUNA DE LABORATORIOS, INDICO COMO REALIZAR TOMA DE LABORATORIOS Y CONTINUAR EN RUTA DE CONTROL PRENATAL, DOY SIGNOS DE ALARMA DEL EMBARAZO.

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

154

Peso

41

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

88

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

118/71

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

88. 1 LEIDY JUANA LOPEZ ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

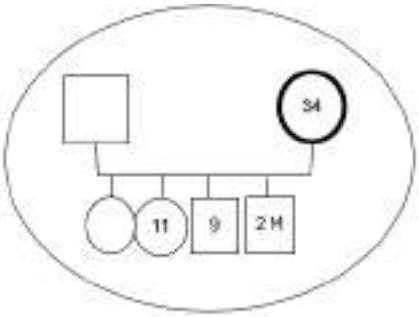
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
ANA YESICA CAMACHO ACOSTA
EDAD: 34 AÑOS
DOCUMENTO: CC. 1053009001
EPS: SALUD TOTAL
CELULAR: 3213289586
VEREDA: BOJACA
SECTOR: MERC. CALAHORRA



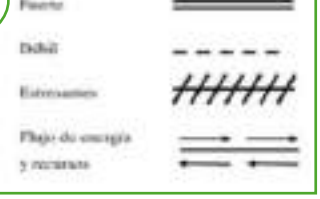
FAMILIOGRAMA



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> 22 de febrero de 2026 a las 11:46
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: *

OLGA SEGURA

MOTIVO VISITA *

VISITA SEGUIMIENTO CIFRAS TENSIONALES

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ANA

SEGUNDO NOMBRE

YESICA

PRIMER APELLIDO *

CAMACHO

SEGUNDO APELLIDO

ACOSTA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1053009001

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

31 / 05 / 1991

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

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
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3213289586

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

URBANO

URBANO

TIPO DE DIRECCIÓN *

KR

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

1

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

30

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

36

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

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

15.11.9.1M

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON HIJOS Y PAREJA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PUERPERIO TARDÍO EN BUEN ESTADO, DURANTE EL EMBARAZO SIN COMPLICACIONES EN CONTROL POSTPARTO POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE GRUPO PIC SE IDENTIFICÓ CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS POR LO QUE SE REALIZÓ LA REMISIÓN EN EL MOMENTO SE EVIDENCIA SIEMPRE

DIASTÓLICA ELEVADA REPOSO DISMINUCIÓN DE LA MISMA SE INDICA A PACIENTE DEBE MEJORAR SUS HÁBITOS EN ALIMENTACIÓN HIDRATACIÓN Y DEBE HACER SEGUIMIENTO POR SU EPS .LACTANCIA MATERNA SE EDUCA EN ADECUADAS TÉCNICAS, PUERICULTURA,SIGNOS DE ALARMA, CUENTA CON MÉTODO DE PLANIFICACIÓN , SE REALIZA EDUCACIÓN EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, SE INFORMA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, PUERICULTURA BÁSICA, ALIMENTACIÓN BALANCEADA ADECUADA PARA LA MADRE, FORTALECIMIENTO DE LOS VÍNCULOS AFECTIVOS (LA IMPORTANCIA DEL CONTACTO PIEL A PIEL Y LA LACTANCIA MATERNA TEMPRANA, COMO LOS PRINCIPALES FACTORES QUE PERMITEN EL ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULO AFECTIVO), LA AUTOESTIMA Y EL AUTOCUIDADO, LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA PROGRESIVA PARA PROMOVER LA RECUPERACIÓN DEL TONO MUSCULAR DE LA MUJER Y DE LA ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA (POR EJEMPLO CON PASEOS DIARIOS); ASÍ MISMO, SE INFORMARÁ SOBRE LAS DIFERENTES FORMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y SEXUAL Y LOS MECANISMOS DE DENUNCIA DE LAS MISMAS,. INFORMACIÓN SOBRE LOS HÁBITOS DE SUEÑO Y DESCANSO.

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

161

Peso

73

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

76

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

113/90

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

89. 1 ANA YESICA CAMACHO ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

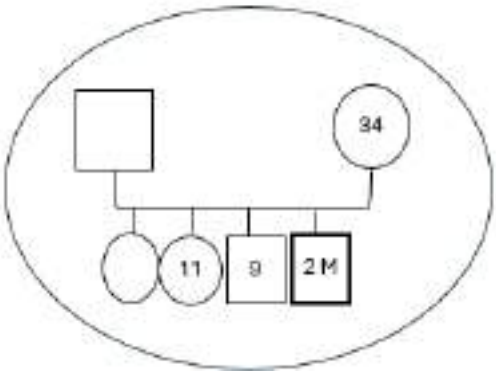
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
MILAN GAEL REDONDO CAMACHO
EDAD: 2 MESES
DOCUMENTO: RC. 1072683524
EPS: SALUD TOTAL
CELULAR: 3213289586
VEREDA: BOJACA
SECTOR: MERC. CALAHORRA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gobernación de Cundinamarca
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> 22 de febrero de 2026 a las 12:20
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

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MILAN

SEGUNDO NOMBRE

GAEL

PRIMER APELLIDO *

REDONDO

SEGUNDO APELLIDO

CAMACHO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072683524

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

02 / 01 / 2026

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

ANA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

CAMACHO

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3213289586

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

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 *

3213289586

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

URBANO

URBANO

TIPO DE DIRECCIÓN *

KR

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

1

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

30

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

36

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

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON PADRES Y HERMANOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

LACTANTE MENOR QUIEN SE ENCUENTRA EN LACTANCIA MATERNA HASTA EL MOMENTO EN BUEN ESTADO GENERAL SE ENCUENTRA EN SUS CONTROLES POR EPS MADRE INDICA CON ADECUADA GANANCIA DE PESO Y TALLA, EN CUANTO AL DESARROLLO ADECUADO PARA LA EDAD, , SE EDUCA EN PREVENCIÓN DE IRA (INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA), EDA (ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA).

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

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

.....

Tensión arterial

.....

Perímetro braquial

.....

Perímetro abdominal

.....

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

Archivos enviados

PDF 90. 1 MILAN GAEL REDONDO ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

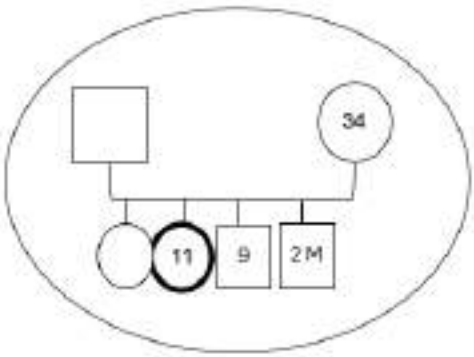
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

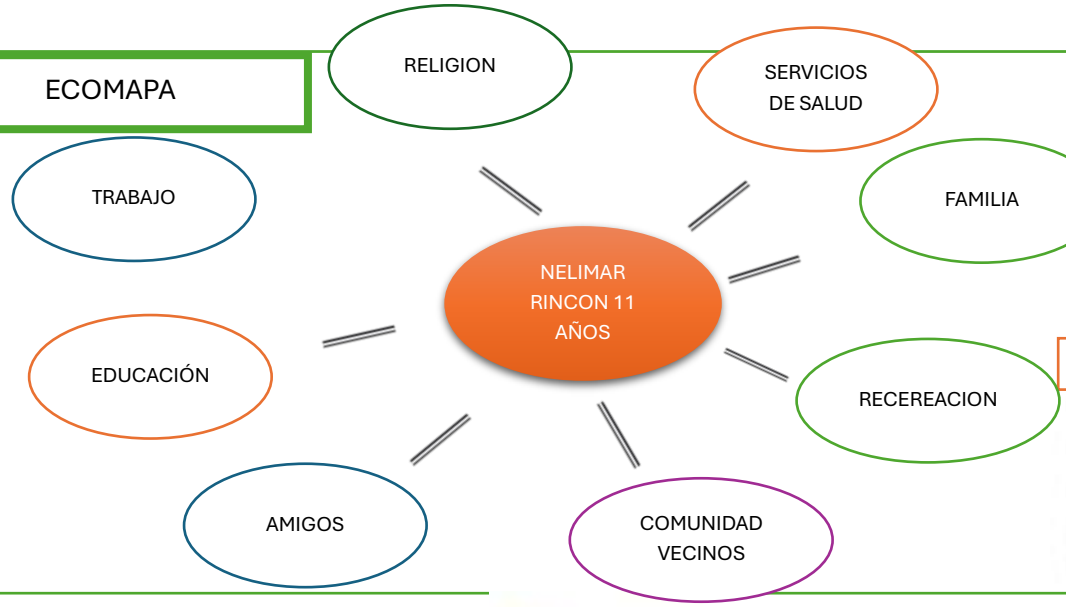
NOMBRE COMPLETO:
NEILIMAR PAOLA RINCON GONZALEZ
EDAD: 11 AÑOS
DOCUMENTO: PPT. 6834717
EPS: SALUD TOTAL
CELULAR: 3213289586
VEREDA: BOJACA
SECTOR: MERC. CALAHORRA



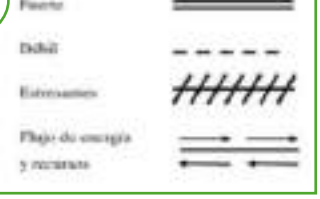
FAMILIOGRAMA



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> 22 de febrero de 2026 a las 12:24
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

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

NEILIMAR

SEGUNDO NOMBRE

PAOLA

PRIMER APELLIDO *

RINCON

SEGUNDO APELLIDO

GONZALEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso por Protección Temporal

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

6834717

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

27 / 01 / 2015

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

ANA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

CAMACHO

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3213289586

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

☐ Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3213289586

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

URBANO

URBANO

TIPO DE DIRECCIÓN *

KR

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

1

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

30

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

36

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

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON PADRES, HERMANOS, ESTUDIANTE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ALIMENTACIÓN: TODOS LOS GRUPOS NUTRICIONALES
VACUNACIÓN AL DIA
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: NO
OPTOMETRÍA: NO
ODONTOLOGÍA: NO
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).
NO SE DETECTAN SIGNOS DE MALTRATO NI DISFUNCIÓN FAMILIAR POR APGAR.
NO HAY SIGNOS DE ALARMA PARA CÁNCER INFANTIL.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

AFILIACION AL SISTEMA DE SALUD. 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

139

Peso

35

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

84

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

91. 1 NELIMAR RINCON ECO - Maria Hernandez.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

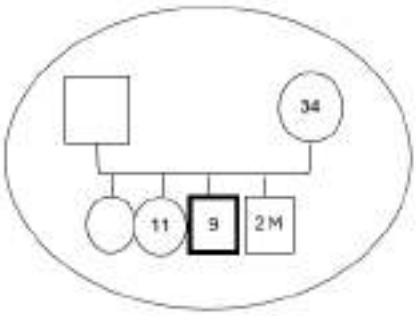
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
JESUS DAVID GONZALEZ
EDAD: 9 AÑOS
DOCUMENTO: PPT. 6834762
EPS: SALUD TOTAL
CELULAR: 3213289586
VEREDA: BOJACA
SECTOR: MERC. CALAHORRA



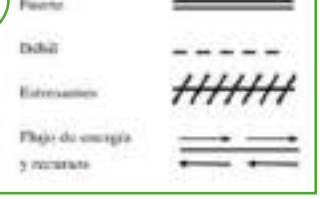
FAMILIOGRAMA



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> 22 de febrero de 2026 a las 12:28
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

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JESUS

SEGUNDO NOMBRE

DAVID

PRIMER APELLIDO *

GONZALEZ

SEGUNDO APELLIDO

GONZALEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso por Protección Temporal

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

6834762

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

09 / 09 / 2016

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

ANA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

CAMACHO

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3213289586

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

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