ETNIA	VEREDAS	TIPO DE ASEGURAMIENTO	TIPO DE EVENTO
Pueblos indíg	BOJACÁ	SUBSIDIADO	ENTRENAMIENTO
Afrocolombia	FAGUA	CONTRIBUTIVO	CAMPAÑA
Raizales del A	FONQUETÁ	ESPECIAL	BRIGADA
Rrom - Gitanc	FUERA DE CHI	NO AFILIADO	TALLER
N/A	FUSCA		CAPACITACION
	LA BALSA		REUNION
	TIQUIZA CERCA DE PIEDRA		
	YERBABUENA		
	ZONA CENTRO		

16. CARGAR MENSUALMENTE EN EL FORMATO DESTINADO PARA LAS REMISIONES A PROFESIONALES; LOS SOPORTES DE LAS VISITAS, REPORTADOS DESDE LA SECRETARIA DE SALUD, COORDINACIÓN PIC (PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS), HOSPITAL Y/U OTRA ÁREA COMO PRIORITARIOS/URGENTES.

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Adriana luge Arrabalete

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Remisiones

LUGAR: la Balsa, Tiguna, Bojaca.

DIRECCION: Chia.

TELEFONO: 3208313847

CORREO: Coordinadorupichia@gmail.com

N° ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital										
F	—	1	—	4	3	3	—	—	—	11
M	2	1	—	1	2	2	—	—	—	8
Total	2	2	—	5	5	5	—	—	—	19

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Maria Paula Carpintero

CARGO: Coordinadora Pic

FIRMA:

IDENTIFICACION: 1070925506

ACTIVIDADES REALIZADAS: Remisiones de las auxiliares de enfermeria

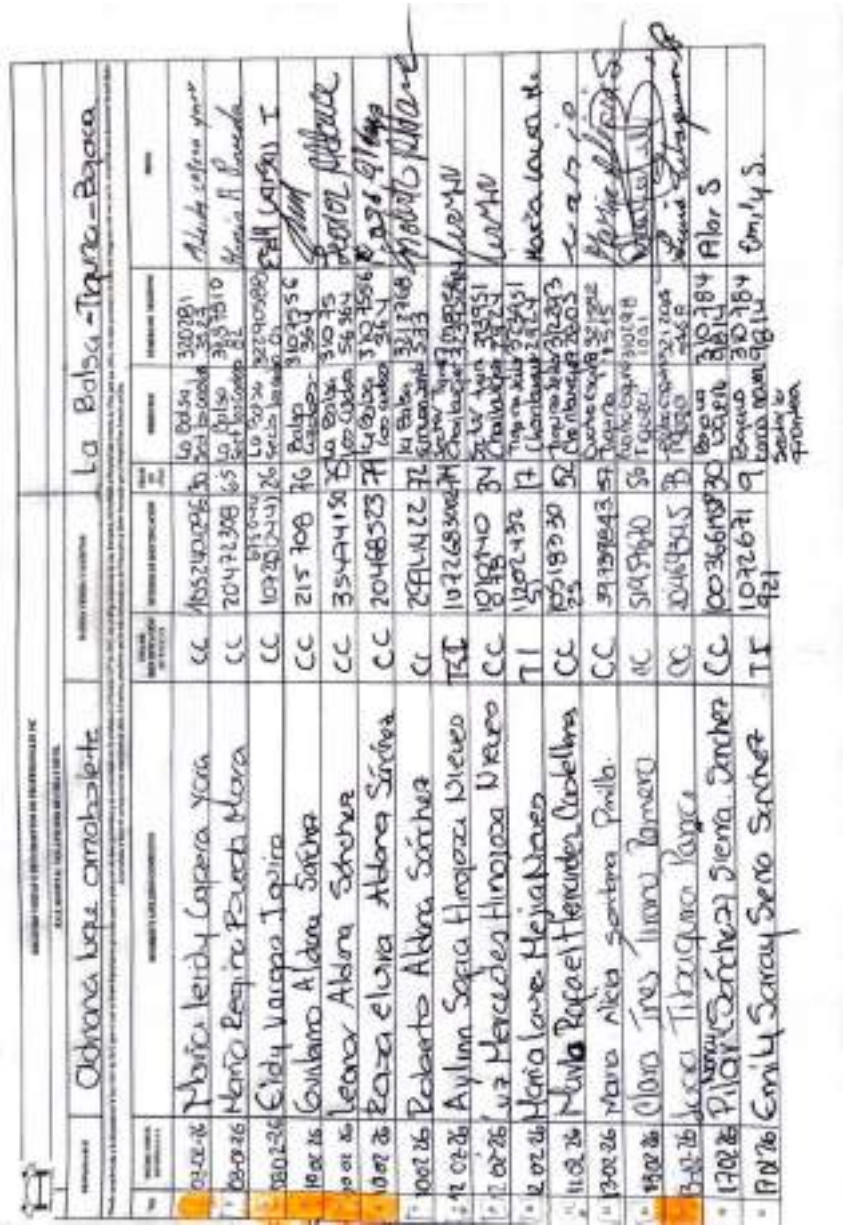
FIRMA EJECUTOR: Adriana luge arrabalete

OBSERVACIONES:

Página 1 de 1

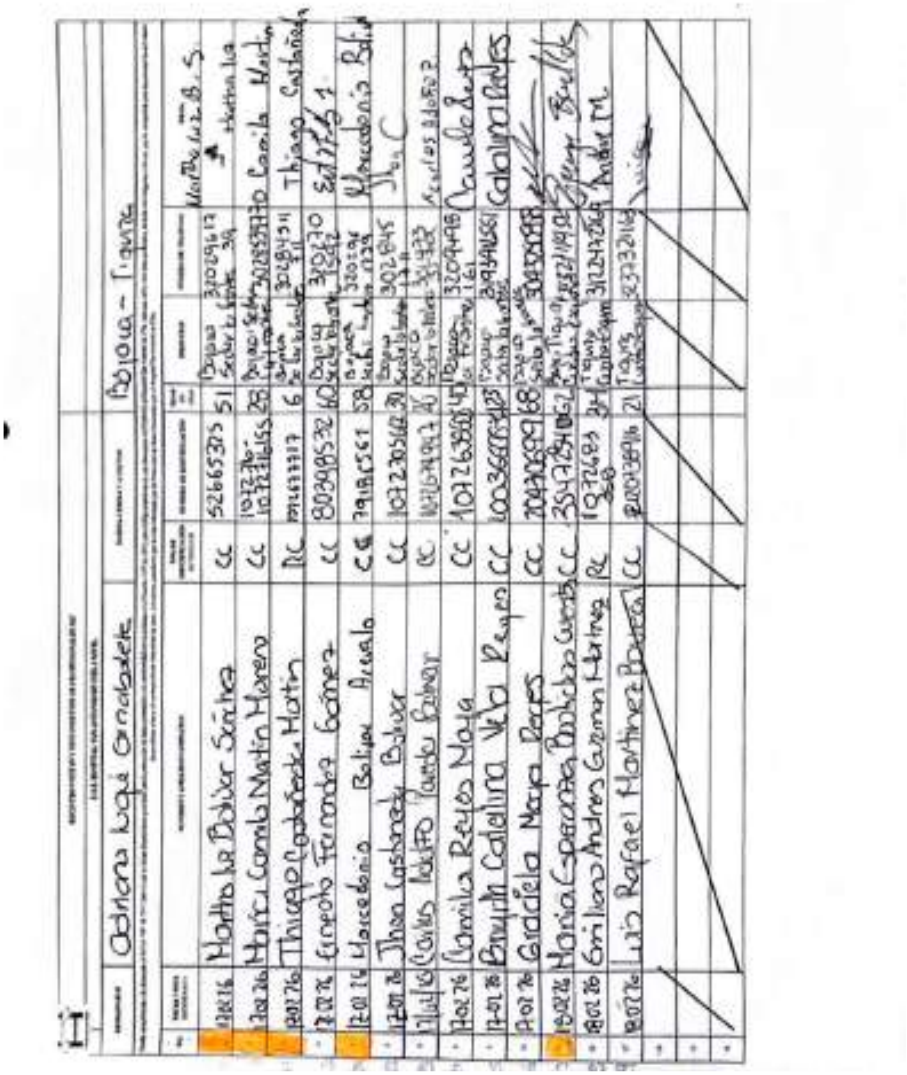
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

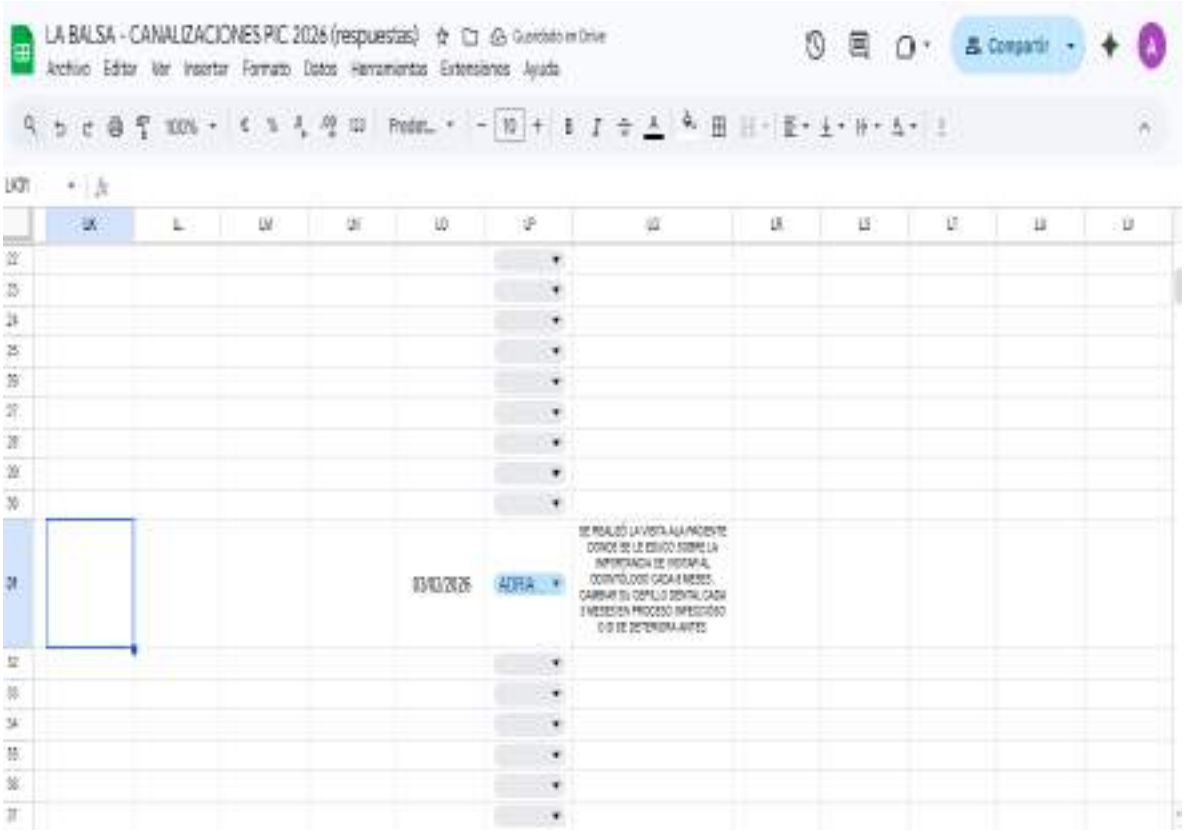
HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA

REMITIDO

REMITIDO POR VIVIANA CANTOR

LA BALSA

MARÍA LEIDY CAPERA



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

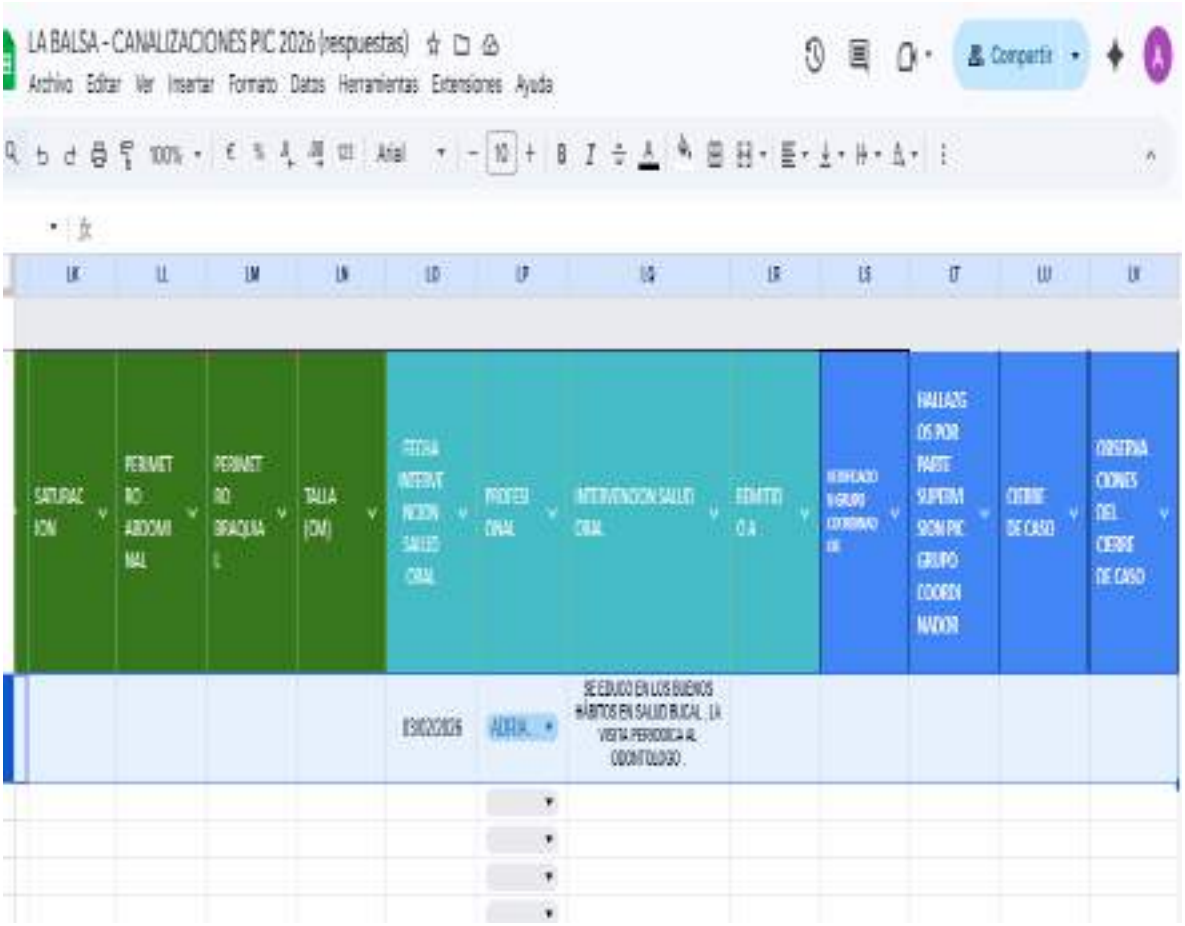
HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA

REMITIDO

REMITIDO POR VIVIANA CANTOR

LA BALSA

EIDY VARGAS IQUIRA.



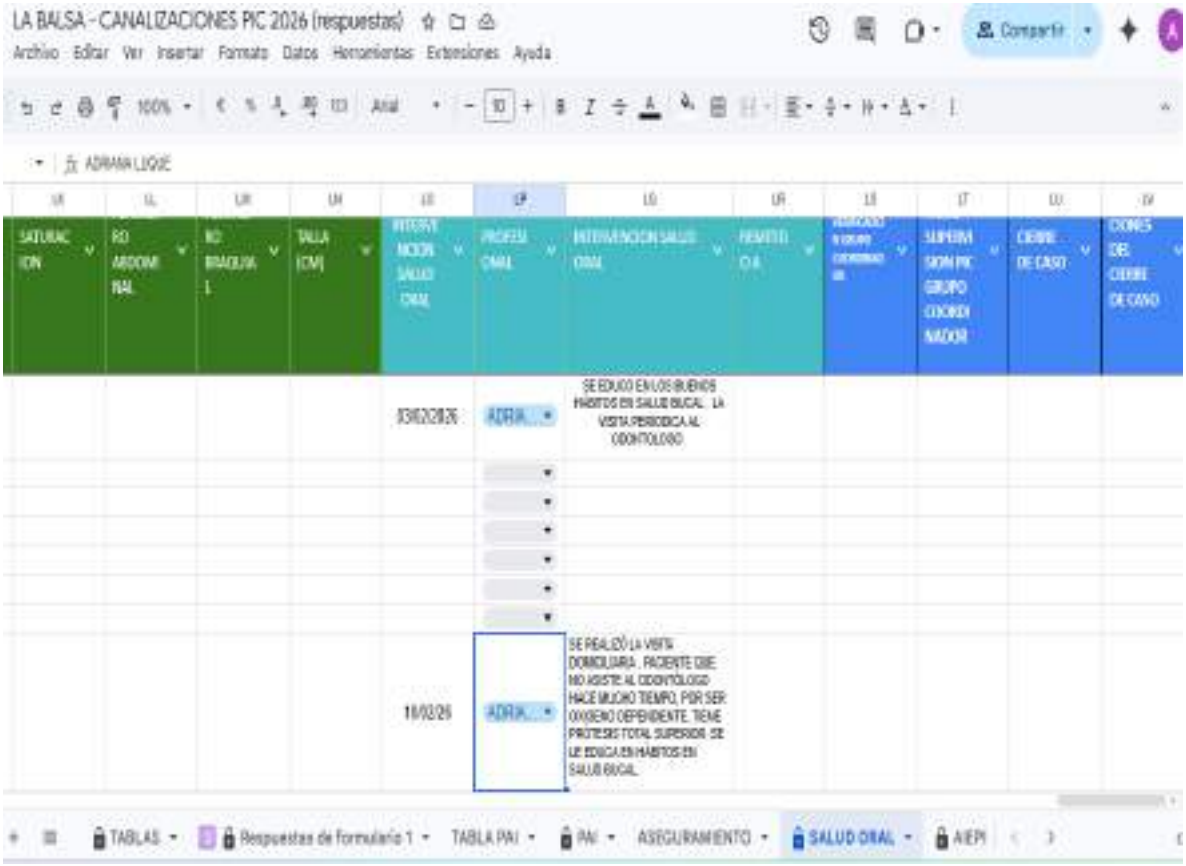
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA

REMITIDO XIMENA ERAZO

LA BALSA

GULLERMO ALDANA SÁNCHEZ.



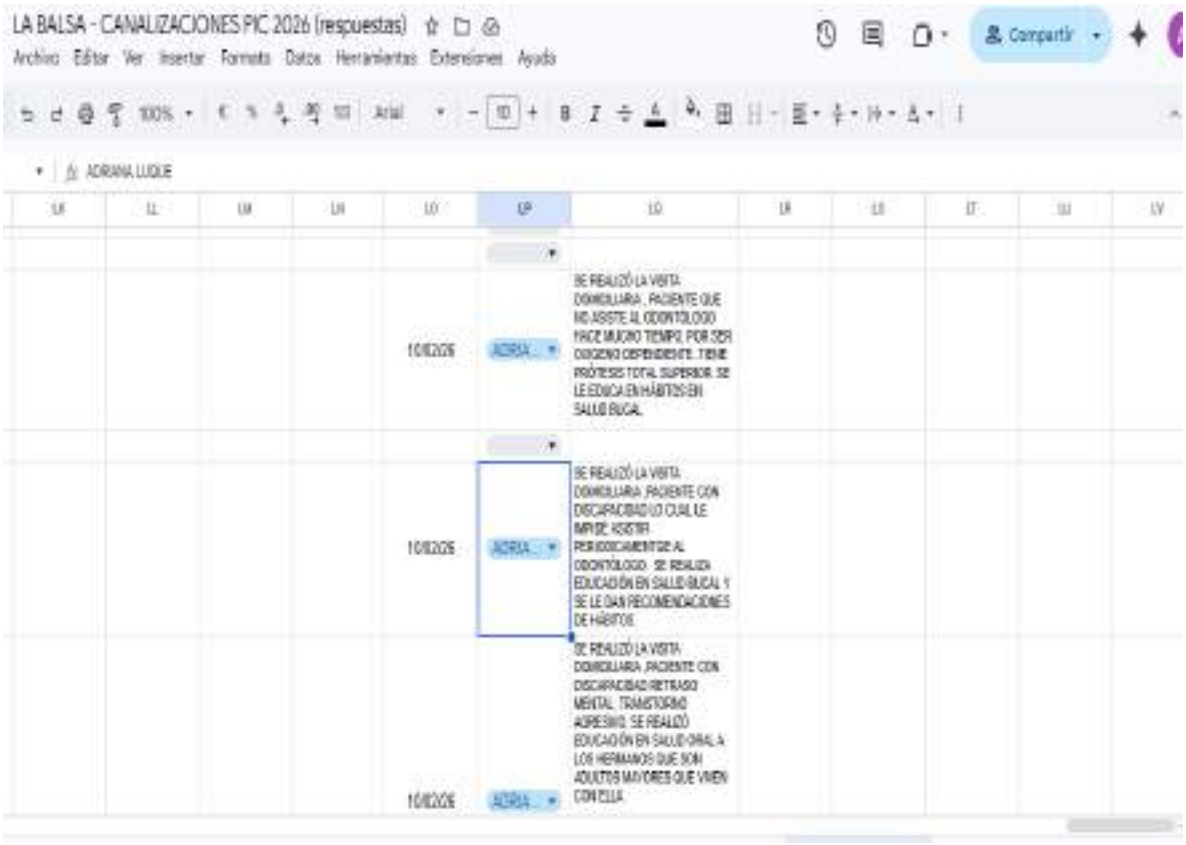
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA

REMITIDO XIMENA ERAZO

LA BALSA

LEONOR ALDANA SÁNCHEZ



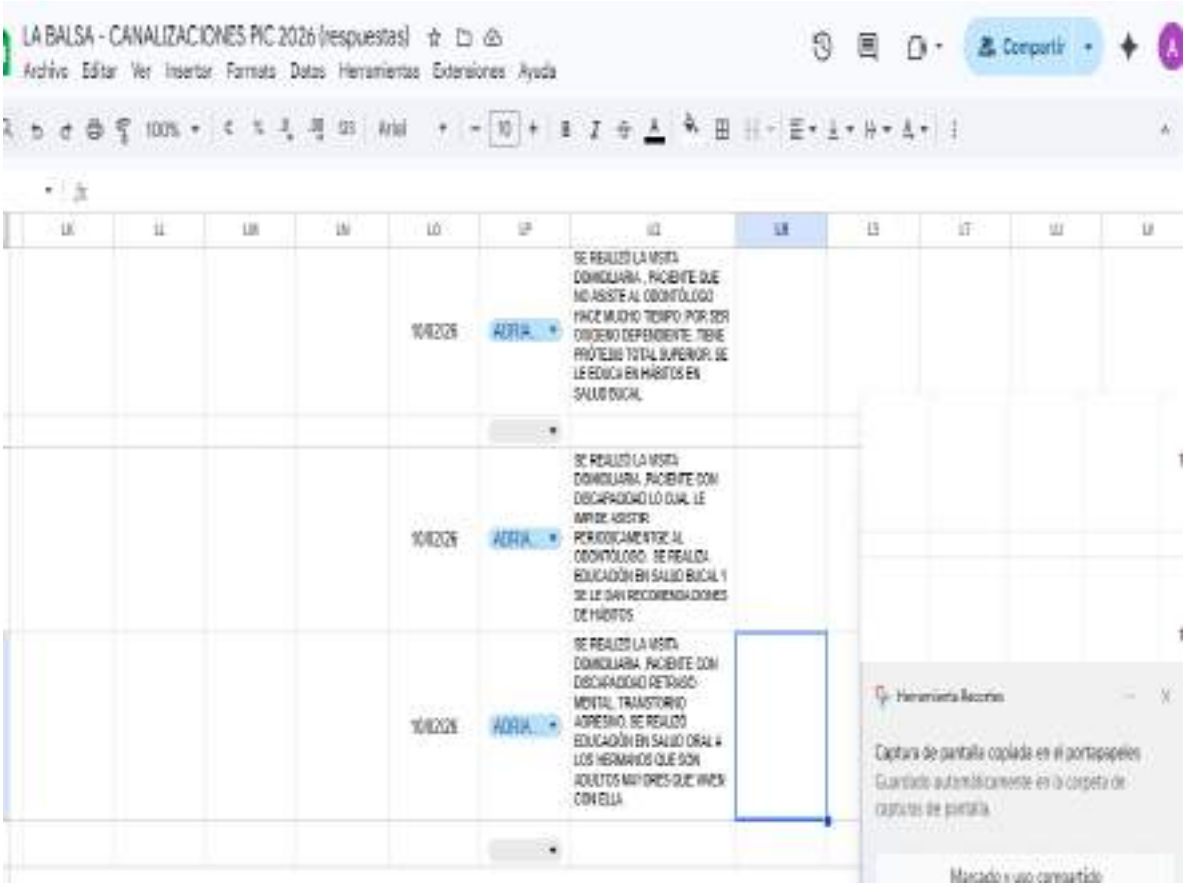
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA

EMITIDO XIMENA ERAZO

LA BALSA

ROSA ELVIRA ALDANA SÁNCHEZ.



Gobernación de Cundinamarca

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

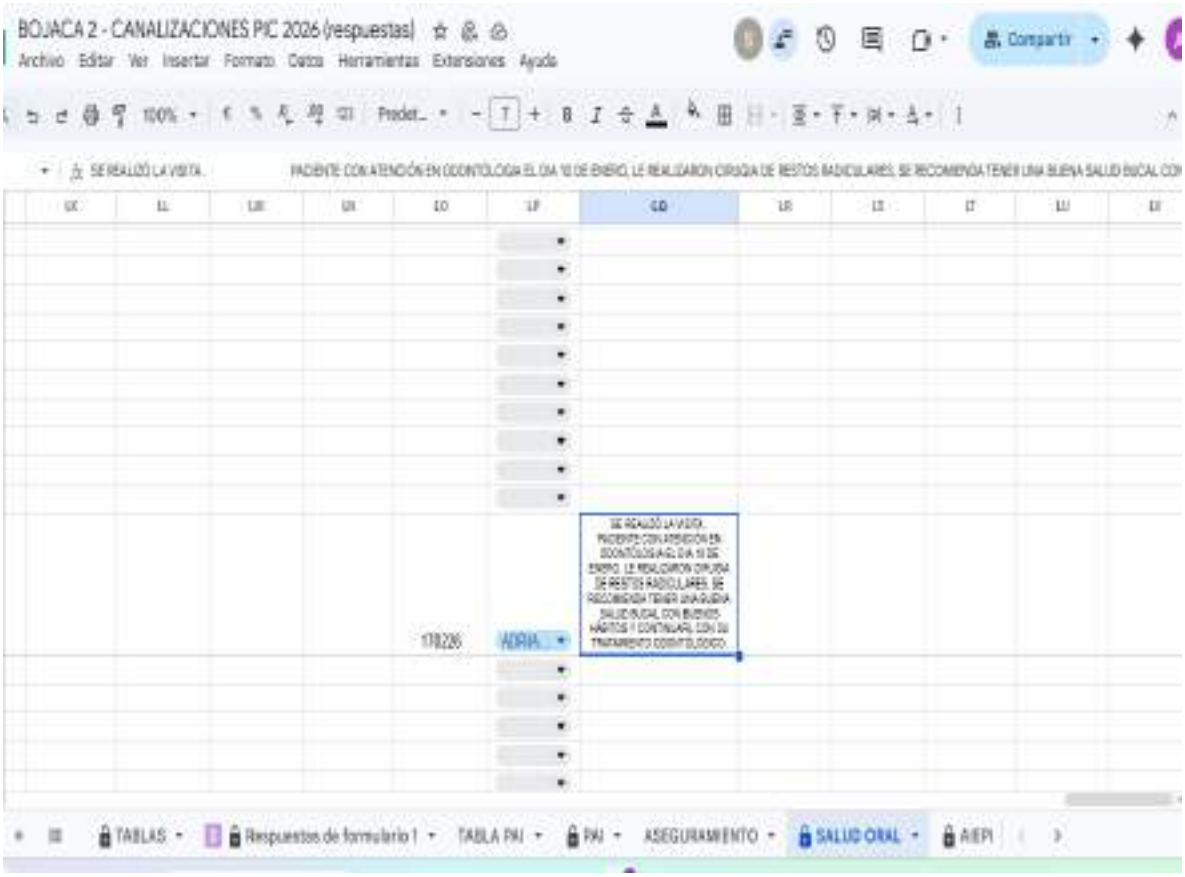
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA

REMITIDO ALEJANDRA GUERRERO

BOJACA

MARTHA LUZ BOLIVAR SÁNCHEZ



Gobernación de Cundinamarca

Carrera 10 No. 8 – 24 Teléfono:5140707

E-mail: hchia@esehospitalchia.gov.co Web: www.esehospitalchia.gov.co

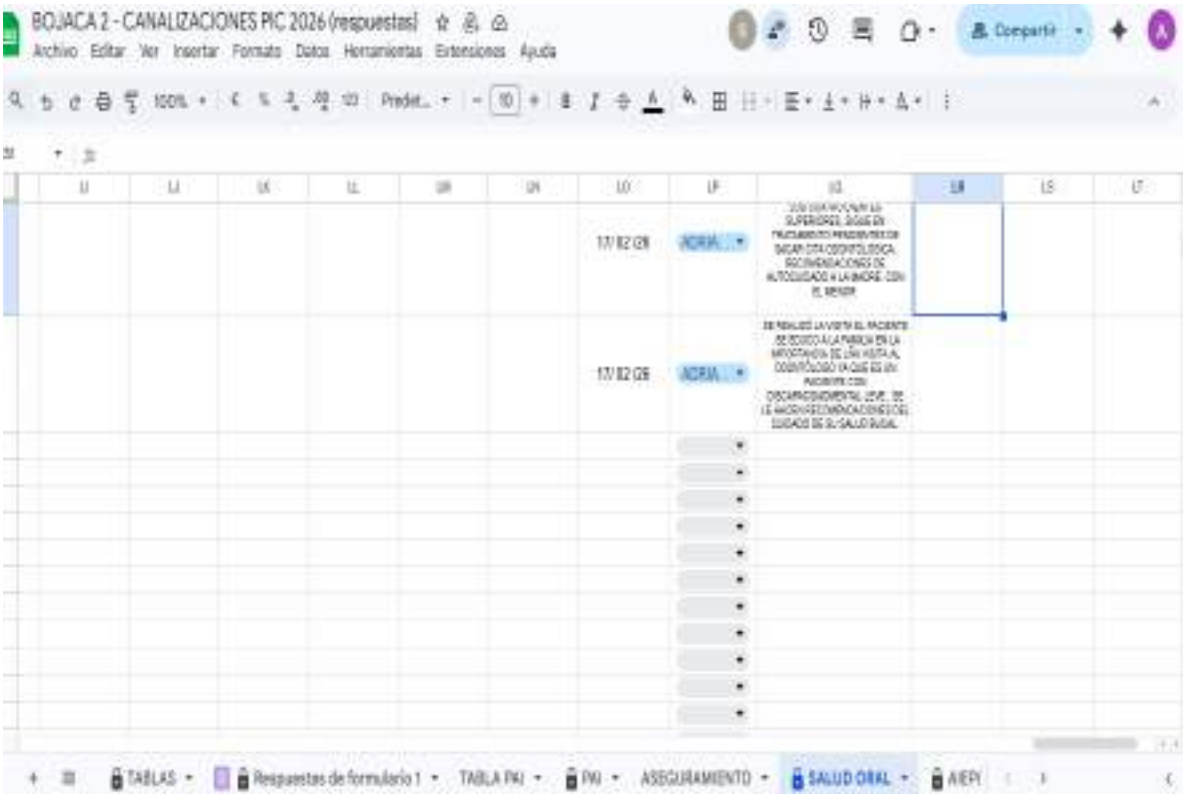
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA

REMITIDO ALEJANDRA GUERRERO

BOJACA

MARÍA CAMILA MARTÍN MORENO.



Gobernación de Cundinamarca

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

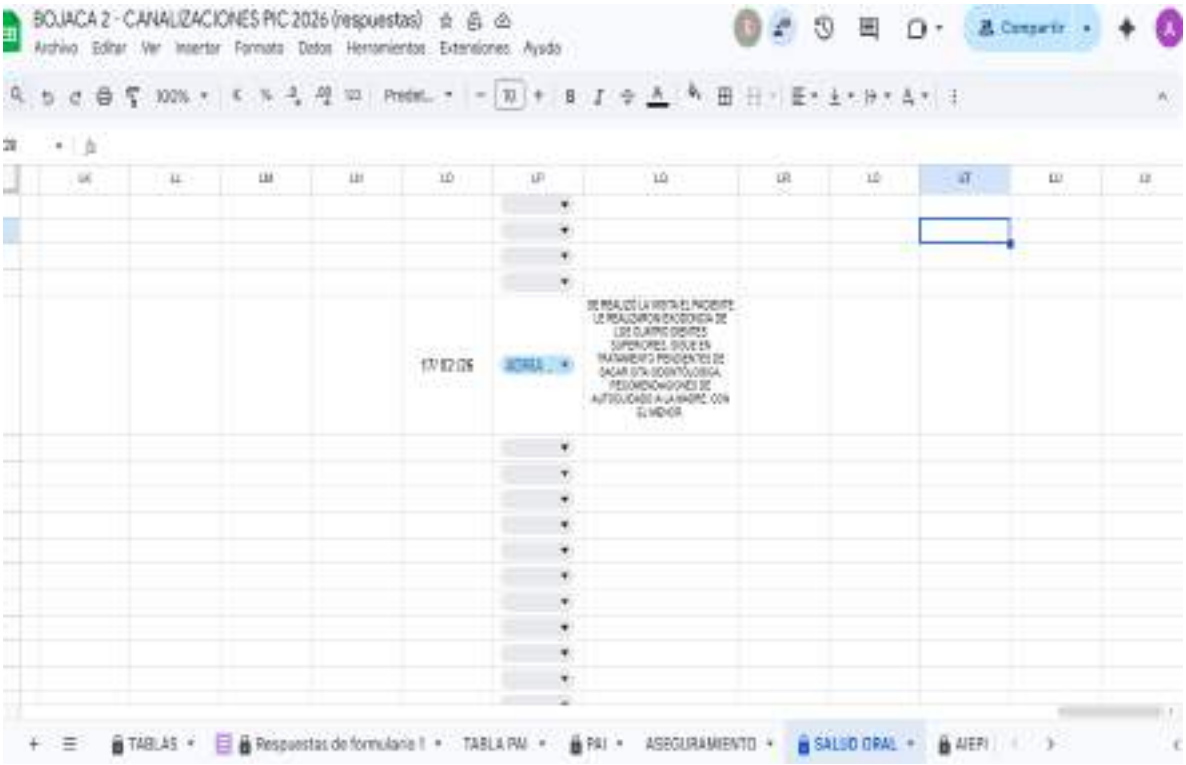
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA

REMITIDO ALEJANDRA GUERRERO

BOJACA

THIAGO CASTAÑAÑEDA BOLIVAR



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

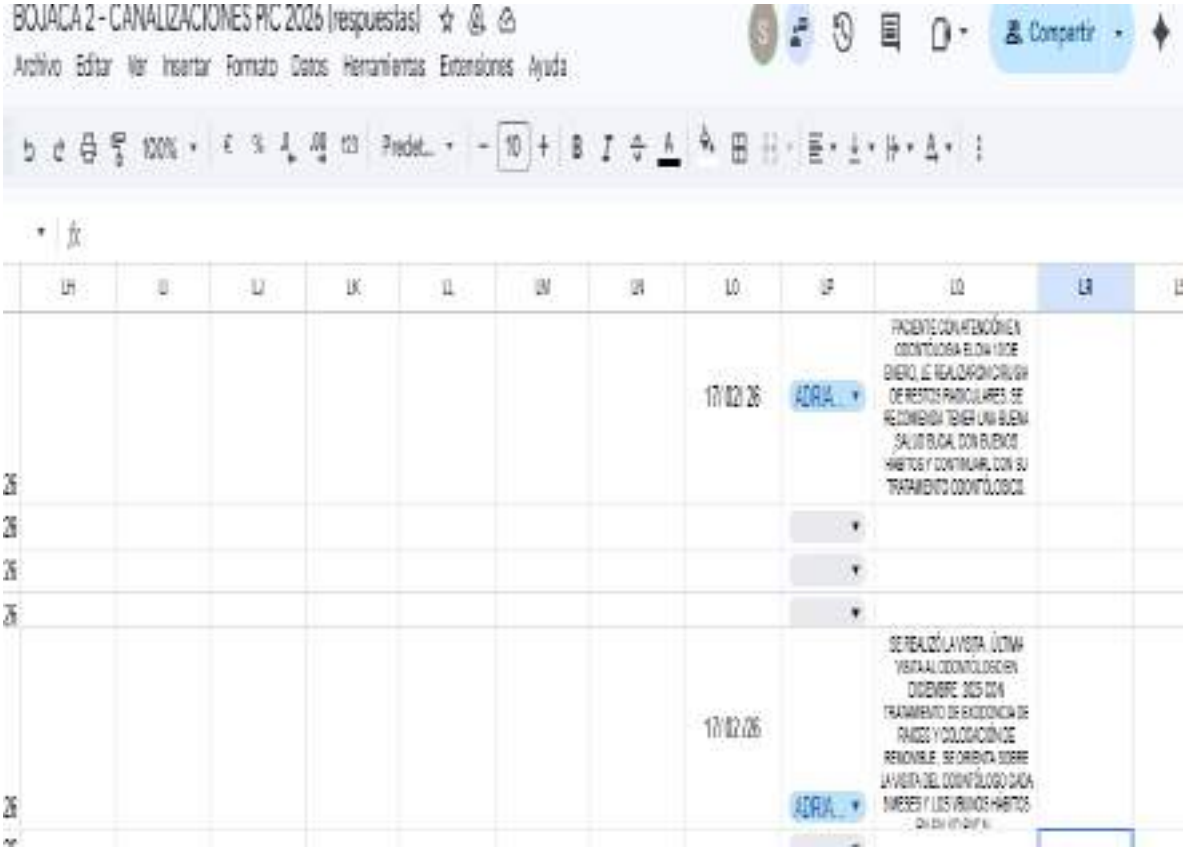
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA

REMITIDO ALEJANDRA GUERRERO

BOJACA

MARCEDONIO BOLIVAR SÁNCHEZ.



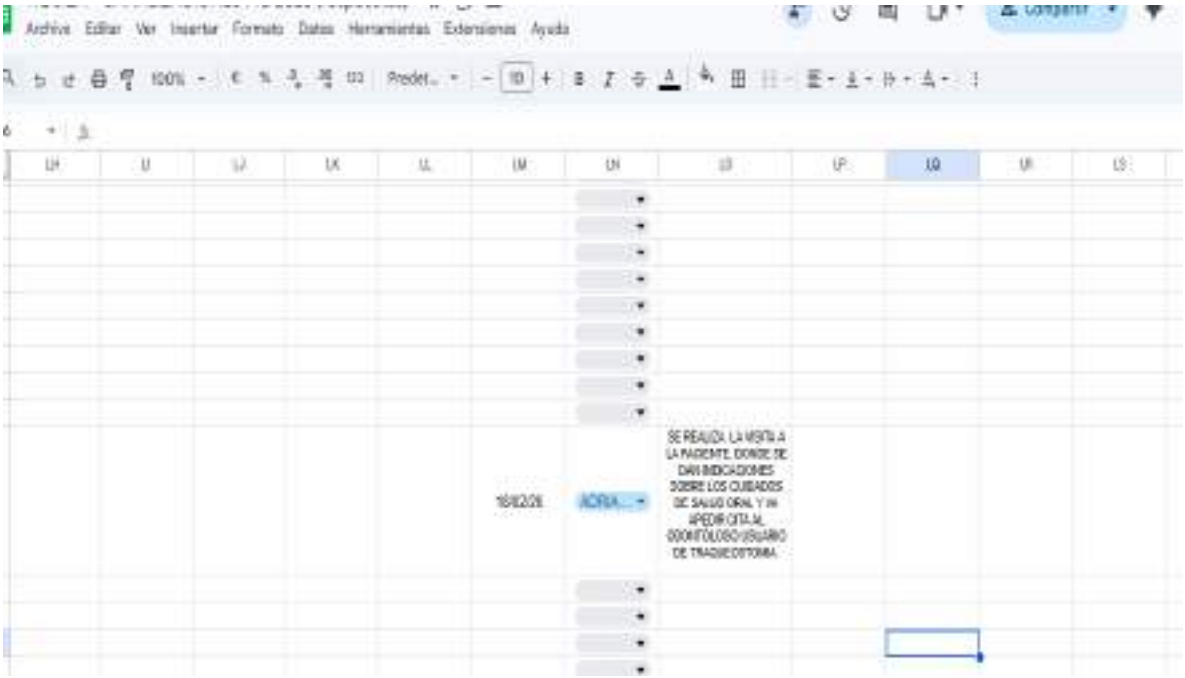
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA

REMITIDO LYDA

TIQUIZA SIERRA

MARÍA ESPERANZA BASTIDAS CUESTAS



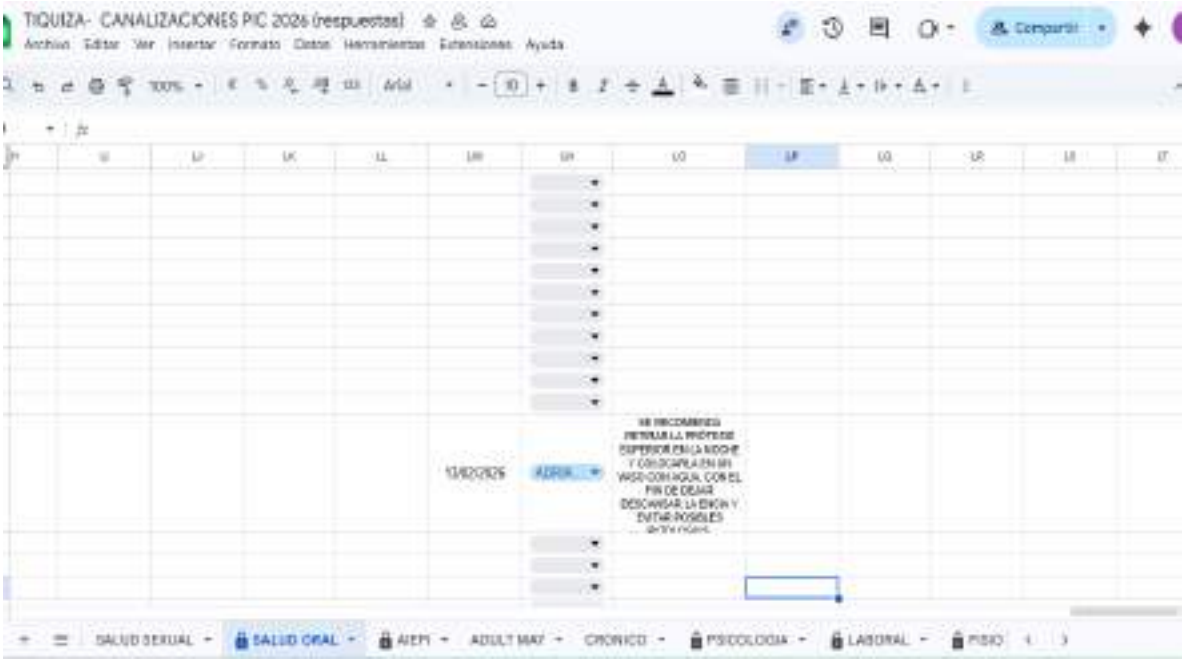
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA

REMITIDO LYDA

TIQUIZA SIERRA

LUCIA TIBAQUIRA PARRA



Gobernación de Cundinamarca

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

Gmail

Adriana Luque <nanaluque20@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 13 de febrero de 2026 a las 21:58
Para: nanaluque20@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

Correo *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

03 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARÍA

SEGUNDO NOMBRE

LEIDY

PRIMER APELLIDO *

CAPERA

SEGUNDO APELLIDO

YARA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1052404296

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

14 / 05 / 1995

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

SOS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

PIJAO SALUD TOLIMA

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REFIERE

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [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 *

3202813527

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

11 M - 4 M

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

NO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

MADRE CABEZA DE HOGAR

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

NO REFIERE

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE RECOMIENDA CONTINUAR CON LA VISITA AL ODONTÓLOGO CADA 6 MESES.

FAMILIARES *

SE RECOMIENDA SUPERVISAR EL CEPILLADO DE SUS HIJOS, Y TENER BUENOS HÁBITOS EN SALUD BUCAL

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A CAMPAÑAS DE SALUD ORALCOMO PREVENCIÓN DE LA CARIES DENTAL.

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

1. FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA 1.MARÍA LEIDY CAPERA - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

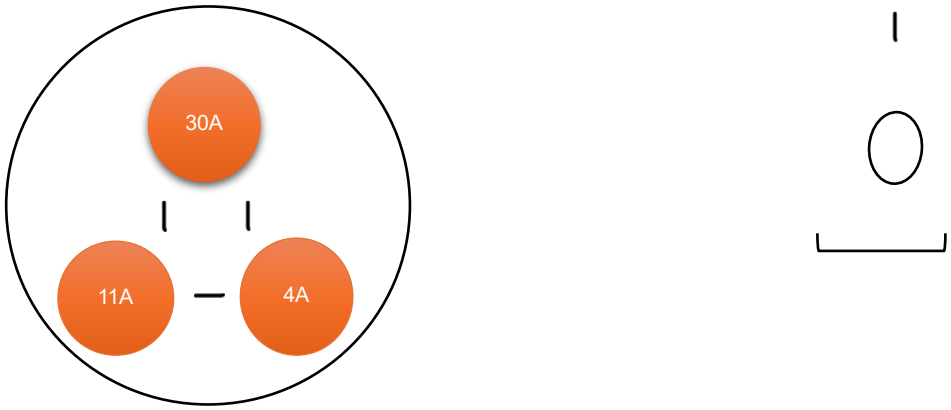
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
MARÍA LEIDY CAPERA YARA
EDAD: 30 AÑOS.
DOCUMENTO: CC. 1052404296
EPS: PIJAO SALUD TOLIMA SUBSIDIADO
CELULAR: 3202813527
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail **Adriana Luque <nanaluque20@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 7:23
Para: nanaluque20@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

Correo *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

SANDRA OLARTE

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

03 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARÍA

SEGUNDO NOMBRE

REGINA

PRIMER APELLIDO *

POVEDA

SEGUNDO APELLIDO

MORA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20472308

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

24 / 10 / 1960

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

DEABETES

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 *

3118781082

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

38M - 36M -34 F - 31F

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

NO REFIERE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE CON PRÓTESIS POARCIAL SUPERIOR, CITA AL ODONTÓLOGO EL DIA 4 DE FEBRERO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE ORIENTA SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO EN SALUD BUCAL Y LA LIMPIEZA DE LA PRÓTESIS PARCIAL.

FAMILIARES *

APOYO A SU ESPOSO PARA TENER BUENOS HÁBITOS EN SALUD BUCAL.

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A TALLERES DE SALUD ORAL

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

1. FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA 1.MARÍA REGINA POVEDA - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

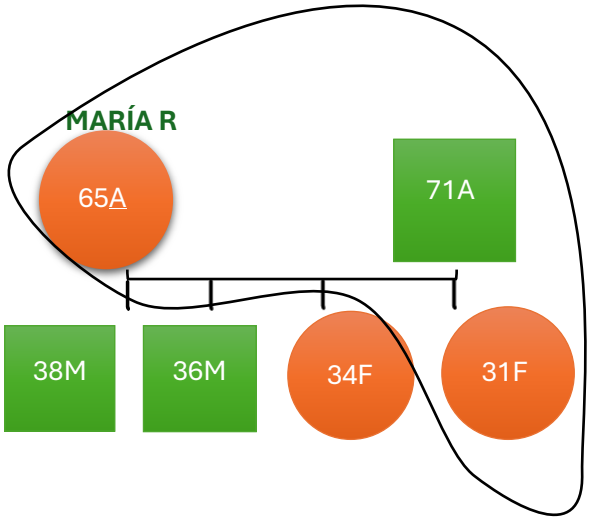
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS



NOMBRE COMPLETO: MARIA REGINA POVEDA MORA.
EDAD: 65 AÑOS.
DOCUMENTO: CC. 20472308
EPS: NUEVA EPS CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3118781082
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: SECTOR LOS CAOBOS

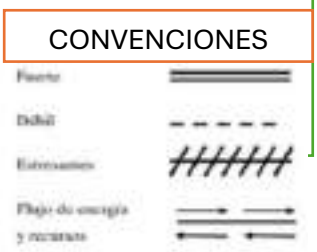
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Adriana Luque <nanaluque20@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 13 de febrero de 2026 a las 12:58
Para: nanaluque20@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

Correo *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

VIVIANA CANTOR

MOTIVO VISITA *

REMITIDO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

03 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

EYDY

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

VARGAS

SEGUNDO APELLIDO

IQUIRA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

10726755044

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

06 / 12 / 1999

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Ninguna

Antecedentes Personales en Salud: *

Ninguno

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3229058801

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

4 AÑOS M- 6 MESES M

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

Compañero permanente

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

NINGUNO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE SUGIERE VISITA AL ODONTÓLOGO PARA VALORACIÓN YA QUE LA ÚLTIMA FUÉ EN LA ETAPA DE GESTACIÓN HACE MÁS DE 6 MESES.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE RECOMIENDA VISITAR AL ODONTOLOGO CADA 6 MESES

FAMILIARES *

ES IMPORTANTE QUE SUS HIJOS TAMBIÉN ASISTAN AL ODONTÓLOGO PERIODICAMENTE.

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL.

Observaciones / hallazgos encontrados

SU ÚLTIMA VISITA FUE EN GESTACIÓN, HACE MÁS DE 6 MESES

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

1. ECOMAPA FAMILIOGRAMA .EYDY VARGAS IQUIRA. - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

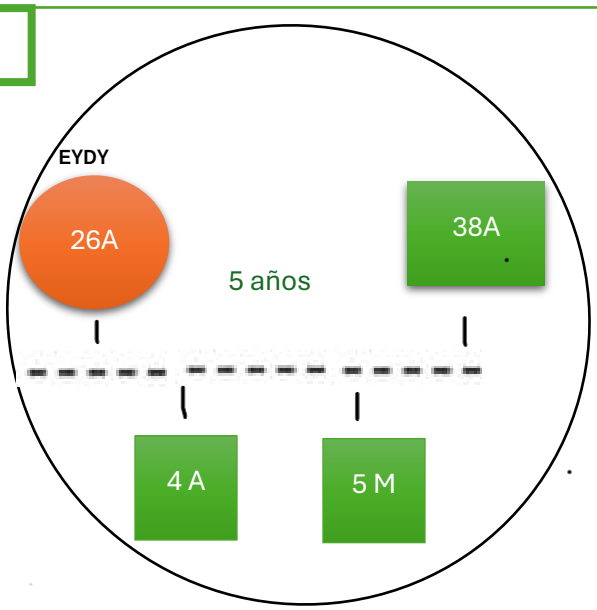
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
EYDY VARGAS IQUIRA
EDAD: 26 AÑOS
DOCUMENTO: CC 10726755044
EPS: NUEVA E.P.S CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3229058801
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES

Gmail

Adriana Luque <nanaluque20@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 8:26
Para: nanaluque20@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

Correo *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

XIMENA ERAZO

MOTIVO VISITA *

CANALIZACIÓN

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

10 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

GUILLERMO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

ALDANA

SEGUNDO APELLIDO

SÁNCHEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

215708

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

18 / 06 / 1949

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSO.

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] 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 *

31075563364

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

NO

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

DOS HERMANAS 79F -70F

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

SE SIENTE UN POCO DEPRIMIDO POR TENER OXIGENO.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE OXIGENO DEPENDIENTE.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

PACIENTE CON PROTESIS TOTAL SUPERIOR, NO ASISTE AL ODONTÓLOGO HACE MUCHO TIEMPO. SE EDUCA SOBRE LA BUENA HIGIENE BUCAL TANTO DE LA PRÓTESIS COMO DE LOS DIENTES.

FAMILIARES *

VIVE CON DOS HERMANAS, SE MOTIVA PARA TENER UNOS BUENOS HÁBITOS EN SALUD ORAL TANTO EL COMO SU FAMILIA.

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA RECIBIR VISITAS EDUCATIVAS EN SALUD BUCAL, YA QUE NO SE PUEDE DESPLAZAR CON FACILIDAD POR SER OXIGENO DEPENDIENTE.

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

1. FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA 1.GUILLERMO ALDANA SÁNCHEZ - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: GUILLERMO ALDANA SÁNCHEZ.

EDAD: 76 AÑOS.

DOCUMENTO: CC. 215708

EPS: NUEVA EPS CONTRIBUTIVO

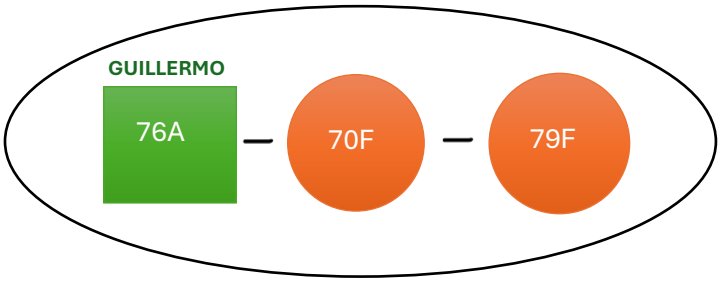
CELULAR: 3107556364

VEREDA: LA BALSA

SECTOR: SECTOR LOS CAOBOS



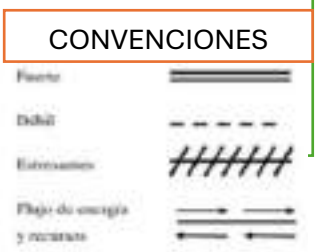
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Adriana Luque <nanaluque20@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 9:55
Para: nanaluque20@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

Correo *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

XIMENA ERAZO

MOTIVO VISITA *

CANALIZACIÓN

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

10 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LEONOR

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

ALDANA

SEGUNDO APELLIDO

SÁNCHEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

35474150

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

14 / 02 / 1951

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3107556364

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

NO

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

HERMANOS 76M - 79 F

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PACIENTE CON DISCAPACIDAD, TRANSTORNO AGRESIVO.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

EL PACIENTE NO HABLA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

POR SER PACIENTE CON DISCAPACIDAD SE EDUCA EN SALUD ORAL A LOS HERMANOS, QUE SON ADULTOS MAYORES.

FAMILIARES *

EDUCACIÓN EN HÁBITOS SALUDABLES EN SALUD ORAL.

INSTITUCIONALES *

RECIBIR CAPACITACIÓN POR PROFESIONALES EN SU DOMICILIO.

Observaciones / hallazgos encontrados

POR SER PACIENTGE CON DISCAPACIDAD ES UN POCO COMPLICADO LA COMUNICACIÓN.

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

5. FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA 2. LEONOR ALDANA SÁNCHEZ - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: LEONOR ALDANA SÁNCHEZ.

EDAD: 75 AÑOS.

DOCUMENTO: CC. 35474150

EPS: FAMISANAR SUBSIDIADA

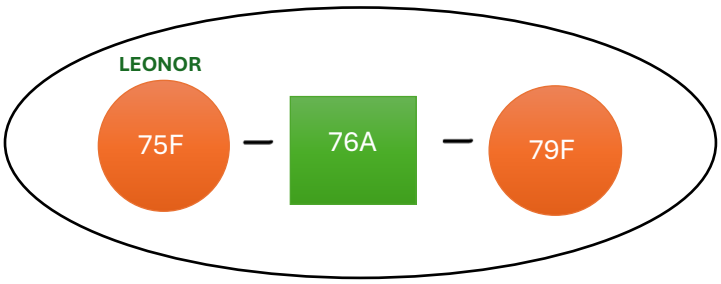
CELULAR: 3107556364

VEREDA: LA BALSA

SECTOR: SECTOR LOS CAOBOS



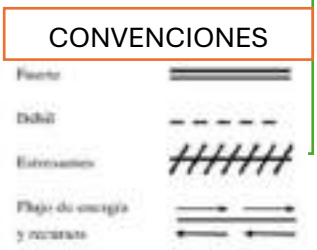
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Adriana Luque <nanaluque20@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 11:00
Para: nanaluque20@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

Correo *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

XIMENA ERAZO

MOTIVO VISITA *

CANALIZACIÓN

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

10 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ROSA

SEGUNDO NOMBRE

ELVIRA

PRIMER APELLIDO *

ADAMES

SEGUNDO APELLIDO

SÁNCHEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20468523

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

08 / 06 / 1947

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION.

PACIENTE CRONICO *

- [x] 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
- [x] 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 *

3107556364

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

M- NO RECUERDA LA EDAD

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

DOS HERMANOS 76M- 75F

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

PACIENTE CON DISCAPACIDAD MOTORA.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

LA PACIENTE VIVE CON SUS HERMANOS QUE SON ADULTOS MAYORES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE SOCIALIZO LA IMPORTANCIA DE LA VISITA AL ODONTÓLOGO.

FAMILIARES *

SE MOTIVO A LLEVAR BUENOS HÁBITOS EN SALUD BUCAL.

INSTITUCIONALES *

ESCUCHAR PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y OREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

Observaciones / hallazgos encontrados

PACIENTE CON DISCAPACIDAD, LO QUE LE IMPIDE ASISTIR AL ODONTÓLOGO PERIODICAMENTE.

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

5. REMITIDO FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA 3. ROSA ELVIRA ALDANA SÁNCHEZ - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS



NOMBRE COMPLETO: ROSA ELVIRA ALDANA SÁNCHEZ.

EDAD: 79 AÑOS.

DOCUMENTO: CC. 20468523

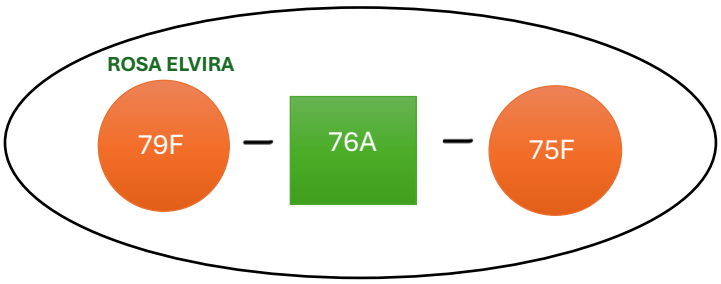
EPS: COMPENSAR SUBSIDIADO

CELULAR: 3107556364

VEREDA: LA BALSA

SECTOR: SECTOR LOS CAOBOS

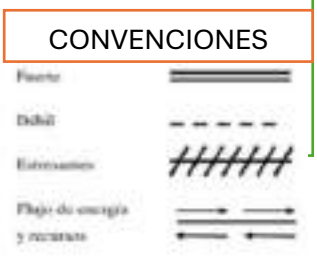
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Adriana Luque <nanaluque20@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 15 de febrero de 2026 a las 8:59
Para: nanaluque20@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

Correo *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

10 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ROBERTO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

ALDANA

SEGUNDO APELLIDO

SÁNCHEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

2994422

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

04 / 09 / 1953

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

SUFRE DE ANSIEDAD, MEDICADO NO SABE EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

3212768533

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

RINCON SANTO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

39M- 37M- 34M -23M

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSA DE 62 AÑOS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

SUFRE DE ANSIEDAD CON CONTROL Y ESTA MEDICADO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE CON PRÓTESIS DENTAL HACE UN AÑO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE SOCIALIZA LA IMPORTANCIA DE VISITAR PERIODICAMNENTE AL ODONTÓLOGO.

FAMILIARES *

RECOMENDACIONES SOBRE LOS HÁBITOS SALUDABLES EN SALUD ORAL.

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL.

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

7. FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA 7 ROBERTO ALDANA SÁNCHEZ. - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

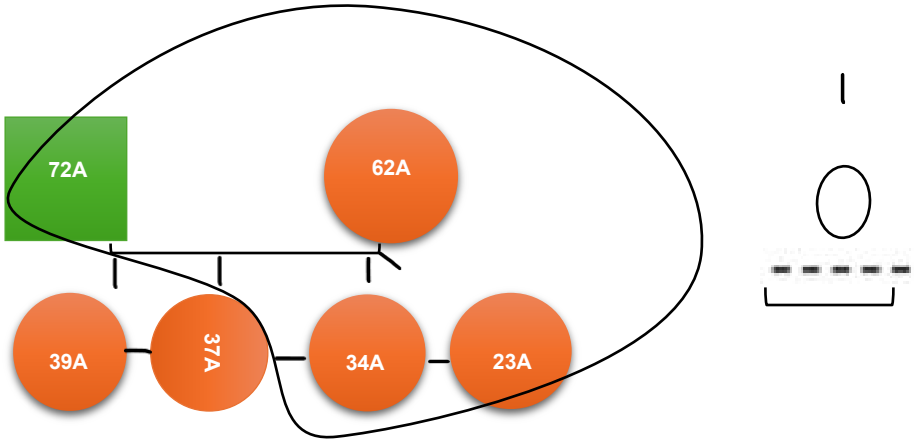
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
ROBERTO ALDANA SÁNCHEZ.
EDAD: 72 AÑOS.
DOCUMENTO: CC 2994422
EPS: COMPENSAR SUBSIDIADO
CELULAR: 3212768533
VEREDA: VEREDA LA BALSA
SECTOR: SECTOR RINCÓN SANTO.



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail

Adriana Luque <nanaluque20@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> 12 de febrero de 2026 a las 17:43
Para: nanaluque20@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 *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

LIDA SIERRA

MOTIVO VISITA *

BÚSQUEDA ACTIVA

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

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 CHORIBURGUE

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

Hermana

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON LA MAMÁ 34 AÑOS HERMANA 17 AÑOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

NO TIENE NINGUNA CITA AL ODONTÓLOGO POR PRIMERA VEZ.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

EDUCACIÓN POR PARTE DE LA MAMÁ EN EL CEPILLADO DENTAL.

FAMILIARES *

APOYO DE LA MADRE EN EL CEPILLADO DIARIO.

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL .

Observaciones / hallazgos encontrados

NO TIENE DIENTES

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

.....

Saturación de oxigeno

.....

Tensión arterial

.....

Perímetro braquial

.....

Perímetro abdominal

.....

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

Ningún archivo entregado

Crea tu propio formulario de Google

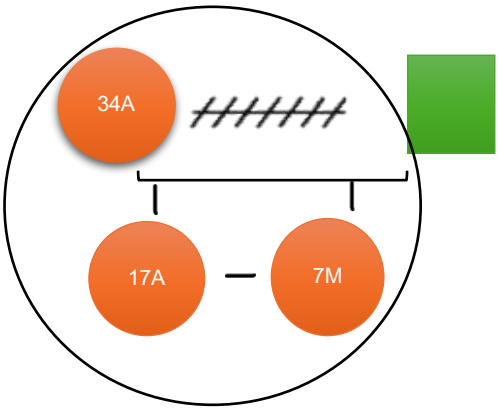
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
AYLINN SOFIA HINOJOSA NIEVES.
EDAD: 7 MESES.
DOCUMENTO: RC. 1072683002
EPS: SALUD TOTAL CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3239512924
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: SECTOR CHORIBURGUER



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES

Gmail

Adriana Luque <nanaluque20@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> 12 de febrero de 2026 a las 18:07
Para: nanaluque20@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 *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BÚSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BÚSQUEDA ACTIVA

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 *

CERCA CHORIBURGUER

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

17 F 10F 7MESES .

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

NO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

CABEZA DE HOGAR ,ACTIVA LABORALMENTE.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ÚLTIMA CITA EN EL EMBARAZO .HACE 8 MESES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

PEDIR CITA AL ODONTÓLOGO PARA VALORACIÓN Y LIMPIEZA. TIENE BRACKETS Y INICIO SU CONTROL DESDE DICIEMBRE .

FAMILIARES *

MOTIVAR A UNA BUENA HIGIENE BUCAL

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL

Observaciones / hallazgos encontrados

MEJORAR EL CEPILLADO DENTAL, y ASISTIR AL ODONTÓLOGO CADA 6 MESES .

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Ningún archivo entregado

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

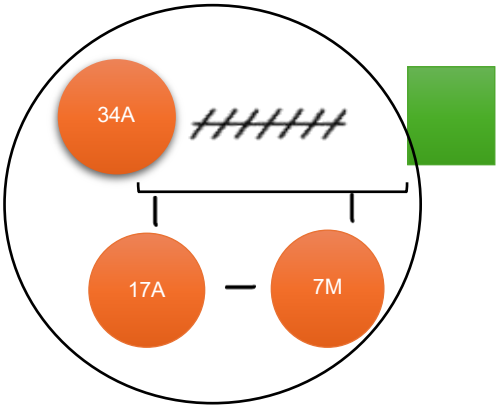
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: LUZ MERCEDES HINIJOSA.
NIEVES.EDAD: 34 AÑOS.
DOCUMENTO: CC. 1010140078
EPS: SALUD TOTAL CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3239512924
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: SECTOR CHORIBURGUER



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES

Gmail

Adriana Luque <nanaluque20@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> 14 de febrero de 2026 a las 23:55
Para: nanaluque20@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 *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BÚSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BÚSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARÍA

SEGUNDO NOMBRE

LAURA

PRIMER APELLIDO *

MEJÍA

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 *

3239513924

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

28 / 07 / 2008

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

CENTRO DE ATENCIÓN LA GUAJIRA

Antecedentes Personales en Salud: *

BRONCONEUMONÍA

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 *

4 ESQUINAS CERCA A CHORIBURGUE

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

No

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMÁ 35 A HERMANA DE 7 MESES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NO REFIERE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SU ÚLTIMA CITA AL ODONTÓLOGO HACE RATO EN LA GUAJIRA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE MOTIVA A QUE VISITE AL ODONTÓLOGO PERIÓDICAMENTE

FAMILIARES *

CBIO DEL CEPILLO DENTAL Y CEPILLADO 3 VECES AL DÍA.

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Observaciones / hallazgos encontrados

SU ÚLTIMA CITA AL ODONTÓLOGO FUE HACE MUCHO TIEMPO.

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

10. FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA 10. MARÍA LAURA MEJIA NIEVES - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

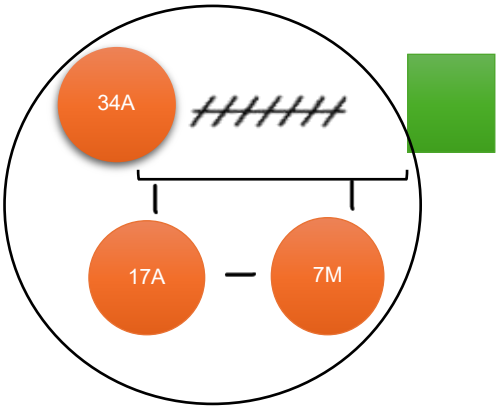
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
MARÍA LAURA MEJIAS NIEVES
EDAD: 17 AÑOS.
DOCUMENTO: T.I. 1120243251
EPS: SANITAS SUBSIDIADO
CELULAR: 3239512924
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: SECTOR CHORIBURGUER



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES

Gmail

Adriana Luque <nanaluque20@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> 12 de febrero de 2026 a las 19:02
Para: nanaluque20@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 *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BÚSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BÚSQUEDA ACYIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIO

SEGUNDO NOMBRE

RAFAEL

PRIMER APELLIDO *

HERNÁNDEZ

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: *

NINGUNA

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 *

4 ESQUINAS CERCA A CHORIBURGUES

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

22M21H17M 8M16M

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

No

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NINGUNA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

MÁS O MENOS TRES MESES. LE REALIZARON LIMPIEZA .

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE MOTIVA A CONTINUAR CON SU CITAS PERIÓDICAS AL ODONTOLOGO.

FAMILIARES *

VIVE SOLO

INSTITUCIONALES *

SE MOTIVA A ASISTIR A PROGRAMAD DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Observaciones / hallazgos encontrados

PACIENTE SANO CON CONTROLES ODONTOLOGICOS ESTE AÑO .

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

.....

Frecuencia cardiaca

.....

Saturación de oxigeno

.....

Tensión arterial

.....

Perímetro braquial

.....

Perímetro abdominal

.....

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

Ningún archivo entregado

Crea tu propio formulario de Google

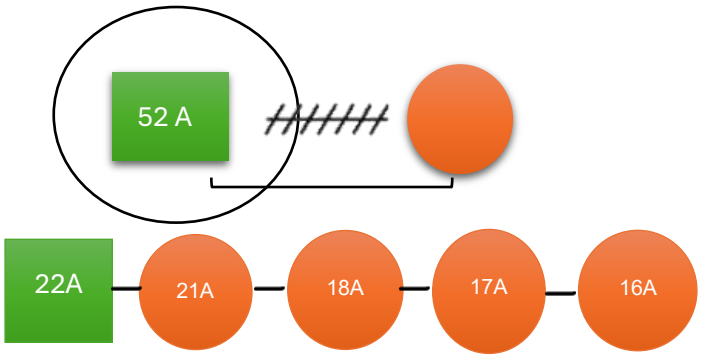
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
MARIO RAFAEL HERNANDEZ CASTELLANO.
EDAD: 52 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1051833025
EPS:FAMISANAR CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3122932805
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: SECTOR CHORIBURGUER



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Adriana Luque <nanaluque20@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> 17 de febrero de 2026 a las 6:30
Para: nanaluque20@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 *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA.

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARÍA

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 *

Adultez (29 a 59 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 *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

ARTRITIS REUMATOIDEA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] 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 *

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 *

CUATRO ESQUINAS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

30F

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSO 65

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NO REFIERE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE COM PRÓTESIS TOTAL, NO SE LA COLOCA MUCHO POR QUE LE MALTRATA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE RECOMIENDA LA HIGIENE BUCAL TANTO DE LA PRÓTESIS COMO DE LA CAVIDAD ORAL.

FAMILIARES *

HÁBITOS SALUDABLES EN SALUD BUCAL

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL.

Observaciones / hallazgos encontrados

PACIENTE CON DISCAPACIDAD

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

12.FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA 12.MARIA ALICIA SANTANA PINEDA - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

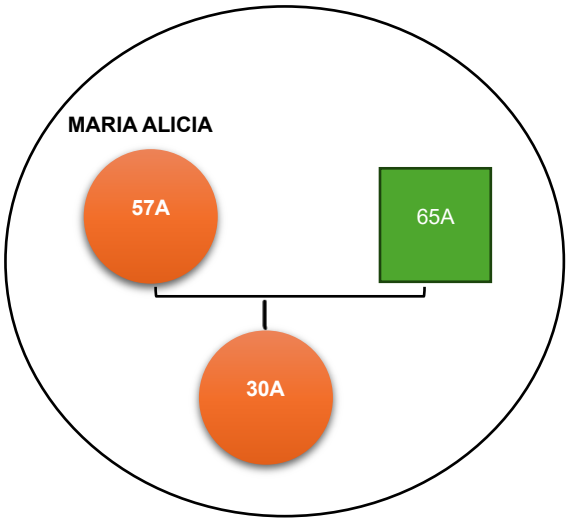
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
MARÍA ALICIA SANTANA PINILLA.
EDAD: 57 AÑOS.
DOCUMENTO: CC 39739843
EPS: NUEVA EPS CONTRIBUTIVO.
CELULAR: 3215821515
VEREDA: TIQUIZA.
SECTOR: CUATRO ESQUINAS.



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES

Gmail

Adriana Luque <nanaluque20@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> 15 de febrero de 2026 a las 20:04
Para: nanaluque20@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 *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BÚSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BÚSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

CLARA

SEGUNDO NOMBRE

INÉS

PRIMER APELLIDO *

TIRANO

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: *

HIPOTIROIDISMO 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 *

SECTOR LA CAPILLA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

28 M

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSO 59

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ANSIEDAD

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

15 DÍAS LE REALIZARON UNA RESINA .

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE RECOMIENDA UTILIZAR ENJUAGUE BUCAL SIN ALCOHOL

FAMILIARES *

MOTIVAR A TENER HÁBITOS SALUDABLES EN SALUD BUCAL

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A PROGRAMAS DE SALUD, COMO BRIGADAS.

Observaciones / hallazgos encontrados

DEPRESIÓN CONTROLADA CON MEDICAMENTOS.

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

13.FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA 13. CLARA INÉS TIRANO ROMERO. - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

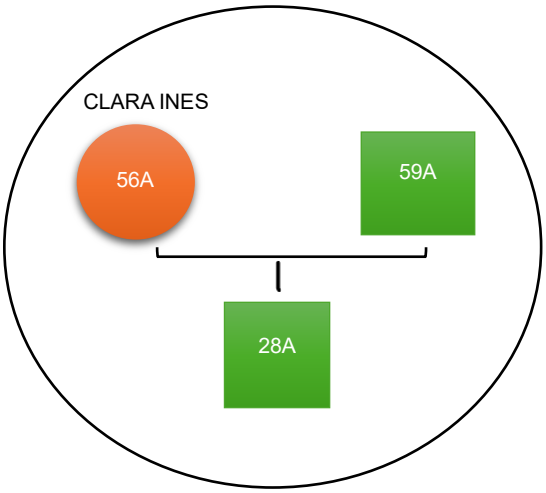
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
CLARA INES TIRANO ROMERO
EDAD: 56 AÑOS.
DOCUMENTO: CC 51957670
EPS: SANITAS CONTIBUTIVO
CELULAR: 3102981001
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: SECTOR LA CAPILLA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail

Adriana Luque <nanaluque20@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> 15 de febrero de 2026 a las 7:31
Para: nanaluque20@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 *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

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 / 1953

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: *

DEABETES, HIPERTENSIÓN.

PACIENTE CRONICO *

- [x] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

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 *

AL LADO DE CHORIBURGUER EDIFICIO SEGUNDO PISO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

33 M - 30 F

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

NO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

TUVO VALORACIÓN ´POR PSICOLOGIA PARA PROMOVER EL AUTOCUIDADO DE SU SALUD Y LA TOMA DE SUS MEDICAMENTOS.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE CON PRÓTESIS TOTAL SUPERIOR DESDE HACE TRES AÑOS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE RECOMIENDA RETIRAR LA PRÓTESIS SUPERIOR EN LA NOCHE Y COLOCARLA EN UN VASO CON AGUA, CON EL FIN DE DEJAR DESCANSAR LA ENCIA Y EVITAR POSIBLES PATOLOGIAS.

FAMILIARES *

SE EDUCA SOBRE EL CEPILLADO DE LA PRÓTESIS Y DE LOS DIENTES NATURALES.

INSTITUCIONALES *

SE INVITA A LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SECRETARÍA DE SALUD.

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

14. FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA 14. LUCIA TIBAQUIRA PARRA - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

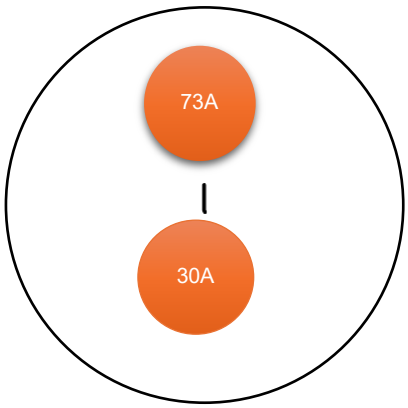
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
LUCIA TIBAQUIRA PARRA
EDAD: 73 AÑOS.
DOCUMENTO: CC 20469395
EPS: FAMISANAR SUBSIDIADO
CELULAR: 3212945468
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: AL LADO CHORIBURGUER SEGUNDO PISO.



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES

Gmail **Adriana Luque <nanaluque20@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 17 de febrero de 2026 a las 22:10
Para: nanaluque20@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

NANCY

SEGUNDO NOMBRE

PILAR

PRIMER APELLIDO *

SIERRA

SEGUNDO APELLIDO

SÁNCHEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1003661158

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

27 / 01 / 2026

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

PLAZA MAYOR

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REFIERE

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [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 *

3107849814

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

9F

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

HERMANA 34 F

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NO RERIERE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ÚLTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO HACE 6 MESES, LE REALIZARON LIMPIEZA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE EDUCA EN EL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL.

FAMILIARES *

MOTIVAR A LA FAMILIA A MANEJAR BUENOS HÁBITOS EN SALUD BUCAL.

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL.

Observaciones / hallazgos encontrados

RECOMENDACIONES DE CEPILLADO EN LA NOCHE, USO DE SEDA DETAL Y ENJUAGUE BUCAL

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

15. FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA 15 NANCY PILAR SIERRA SÁNCHEZ. - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

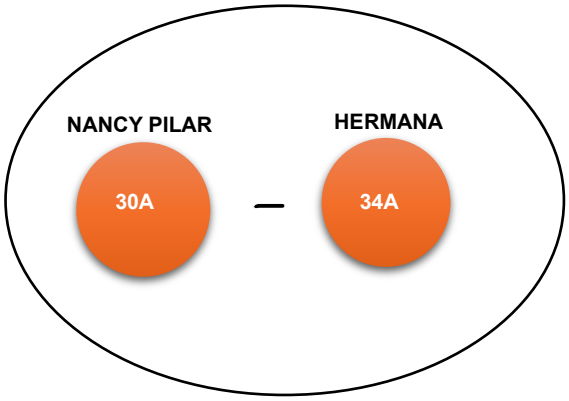
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
NANCY PILAR SIERRA SÁNCHEZ
EDAD: 30 AÑOS.
DOCUMENTO: CC 1003661158
EPS: SALUD TOTAL SUBSIDIADO.
CELULAR: 3107849814
VEREDA: BOJACA.
SECTOR: SECTOR LA FRONTERA.



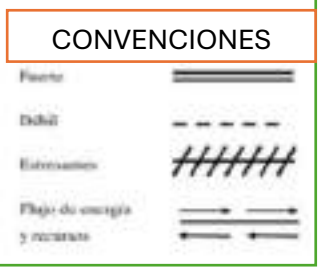
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Adriana Luque <nanaluque20@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> 18 de febrero de 2026 a las 6:37
Para: nanaluque20@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 *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

EMILY

SEGUNDO NOMBRE

SARAY

PRIMER APELLIDO *

SIERRA

SEGUNDO APELLIDO

SÁNCHEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072671921

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

30 / 01 / 2026

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

NANCY

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PILAR

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

SIERRA

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

SÁNCHEZ

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3107849814

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

PLAZA MAYOR

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REFIERE

PACIENTE CRONICO *

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

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

POBLACION DIFERENCIAL *

- [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 *

3107849814

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

NO

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ABUELA 64 AÑOS - TIOS 44F- 42 M

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NO REFIERE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ÚLTIMA VISITA AL ODONTÓLOGO HACE 8 MESES, LE REALIZARON CALZAS Y LIMPIEZA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE RECOMIENDA EL CEPILLADO TRES VECES AL DÍA, ESPECIALMENTE EL DE LA NOCHE.

FAMILIARES *

SE EDUCA A LA MAMA Y A LA ABUELA QUE ES LA QUE VIVE CON ELLA SOBRE LOS HÁBITOS EN SALUD BUCAL.

INSTITUCIONALES *

SE MOTIVA A ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL.

Observaciones / hallazgos encontrados

MANIFIESTA TENER BUENOS HÁBITOS EN SALUD ORAL.

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

16 FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA 16 EMILY SARAY SIERRA SÁNCHEZ. - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

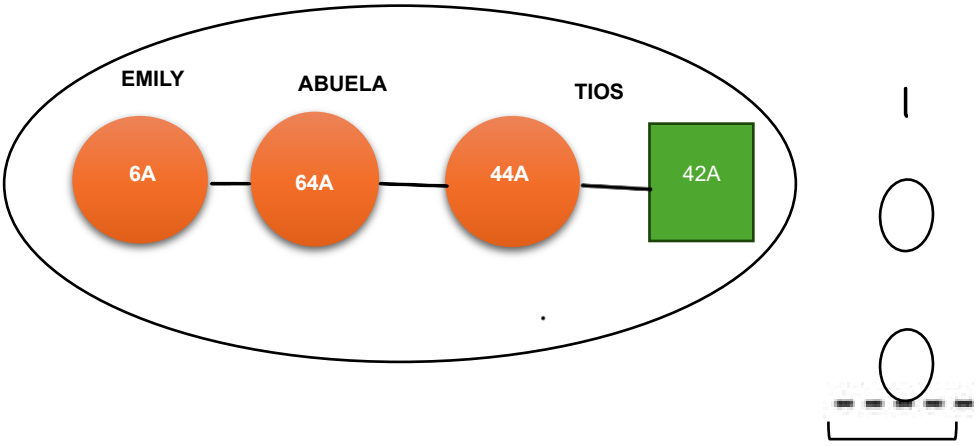
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

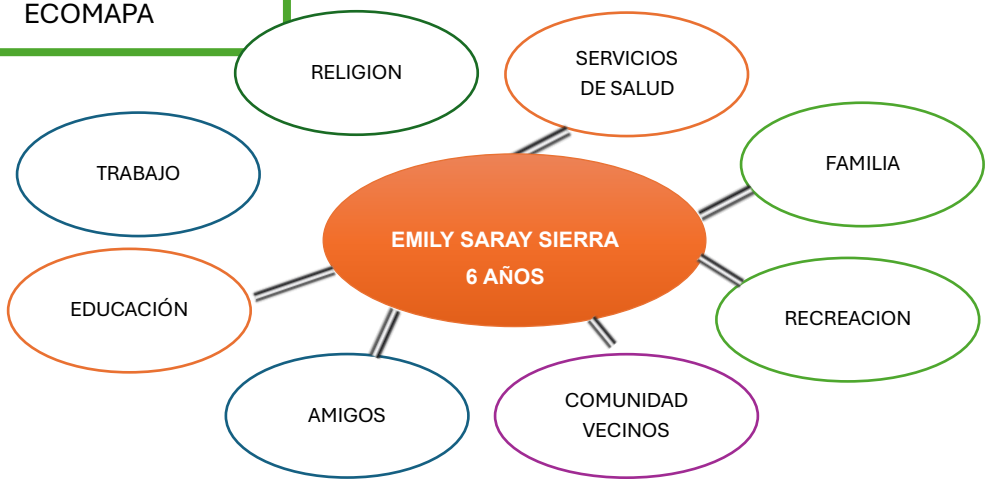
NOMBRE COMPLETO:
EMILY SARAY SIERRA SÁNCHEZ.
EDAD: 6 AÑOS.
DOCUMENTO: TI 1072671921
EPS: SALUD TOTAL SUBSIDIADO
CELULAR: 3107849814
VEREDA: BOJACA.
SECTOR: SECTOR LA FRONTERA.



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail **Adriana Luque <nanaluque20@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 18 de febrero de 2026 a las 14:00
Para: nanaluque20@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

ANGELICA MELGAREJO

MOTIVO VISITA *

CANALIZACIONES.

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARTHA

SEGUNDO NOMBRE

LUZ

PRIMER APELLIDO *

BOLIVAR

SEGUNDO APELLIDO

SÁNCHEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

52665325

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

25 / 05 / 1974

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Coosalud

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSIÓN MEDICADA CON LOSARTAN DE 50MG.

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 *

3202961739

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA FRONTERA.

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

26 M

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

HERMANOS DISCAPACITADO 58M

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NO REFIERE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

EL 10 DE ENERO LE REALIZARON CIRIGUA DE RESTOS RADICULARES SUPERIORES.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ES IMPORTANTE CONTINUAR CON SU TRATAMOIENTO ODONTOLOGICO.

FAMILIARES *

RECOMENDACONES DE BUENOS HÁBITOS EN SALUD ORAL.

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL.

Observaciones / hallazgos encontrados

SE MOTIVA A CONTINUAR SU TRATAMIENTO ODONTÓLOGICO.

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

17 .FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA MARTHA LUZ BOLIVAR. - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

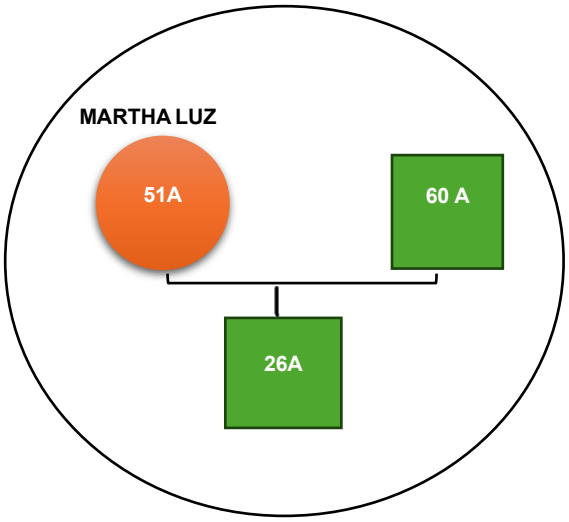
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
MARTHA LUZ BOLIVAR SÁNCHEZ
EDAD: 51 AÑOS.
DOCUMENTO: CC 52665325
EPS: COOSALUD
CELULAR: 3202961739
VEREDA: BOJACA.
SECTOR: SECTOR LA FRONTERA.



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Adriana Luque <nanaluque20@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 18 de febrero de 2026 a las 14:28
Para: nanaluque20@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARÍA

SEGUNDO NOMBRE

CAMILA

PRIMER APELLIDO *

MARTÍN

SEGUNDO APELLIDO

MORENO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072716155

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

07 / 12 / 1997

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: *

CIRUGIA OCULAR TRANSPLANTE DE CORDEA

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 *

3028539770

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

6 M

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

NO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NO REFIERE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ÚLTIMA CITA AL ODONTÓLOGO EN DICIEMBRE LE REALIZARON EXODONCIAS DE RAICES Y UN REMOVIBLE.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCAL Y LOS BUENOS HÁBITOS.

FAMILIARES *

TENER UNA BUENA SALUD BUCAL TANTO ELLA COMO SU HIJO

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A PROGRAMAS DE LA SECRETARIA DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN EN LA SALUD BUCAL.

Observaciones / hallazgos encontrados

RECOMENDACIÓN DE CONTINUAR CON SU TRATAMIENTO EN ODONTÓLOGIA

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

17 .1 FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA BOJACA MARIA CAMILA MARTÍN MORENO - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

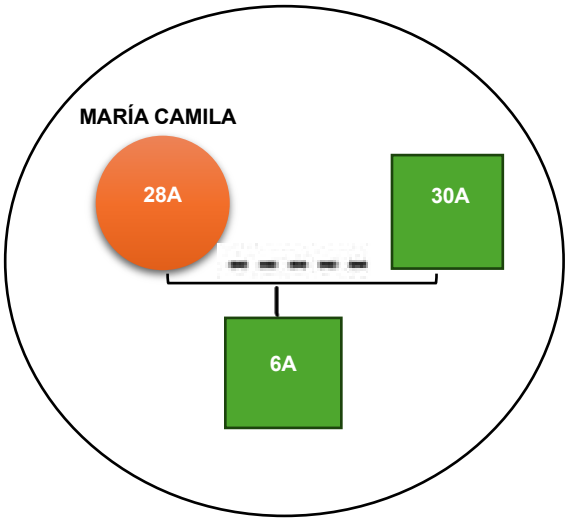
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
MARIA CAMILA MARTÍN MORENO
EDAD: 28 AÑOS.
DOCUMENTO: CC 1072716155
EPS: SANITAS CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3028539770
VEREDA: BOJACA.
SECTOR: SECTOR LA FRONTERA.



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Adriana Luque <nanaluque20@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> 18 de febrero de 2026 a las 20:13
Para: nanaluque20@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 *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

THIAGO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

CASTAÑEDA

SEGUNDO APELLIDO

MARTÍN

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072677717

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

14 / 02 / 2020

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

CAMILA

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

MARTÍN

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

MORENO

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3028539770

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REPORTA

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 *

30284511711

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

NO

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PAPA 30M

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NO REFIERE.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SU ÚLTIMA VISITA FUE EN NOVIEMBRE 2025, LE REALIZARON EXODONCIAS DE CUATRO DIENTES SUPERIORES, POR PRESENTAR CARIES DE BIBERON.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE MOTIVA AL MENOR Y A SU MAMA A NO ACOSTARSE SIN CEPILLARSE LOS DIENTES.

FAMILIARES *

SE EDUCA A LA MADRE CON EL CUIDADO DE LA SALUD ORAL DEL MENOR, VISITA AL ODONTÓLOGO, CEPILLADO MÍNIMO TRES VECES AL DÍA, CAMBIO DEL CEPILLO Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE.

INSTITUCIONALES *

SE MOTIVA A VISITAR AL ODONTÓLOGO Y APLICAR EL BARNIZ DE FLÚOR CADA 6 MESES .

Observaciones / hallazgos encontrados

RECOMENDACIÓN MANEJAR LOS BUENOS HÁBITOS EN SALUD BUCAL, CON EL FIN DE TENER DIENTES SANOS TODA LA VIDA.

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

19.1 FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA THIAGO CASTAÑEDA MARTIN - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

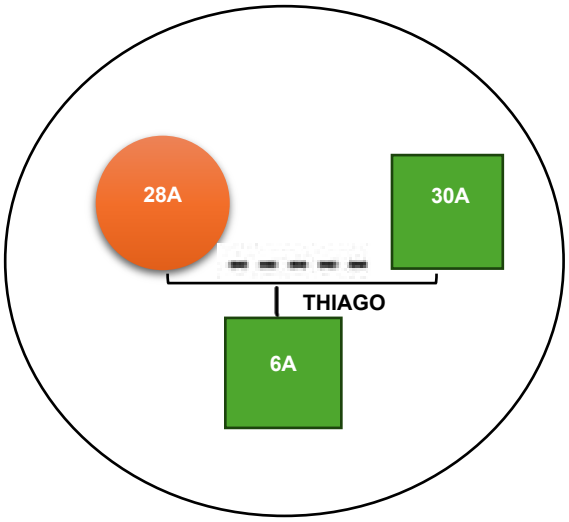
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
THIAGO CASTAÑEDA MARTÍN
EDAD: 6 AÑOS.
DOCUMENTO: RC 1072677717
EPS: SANITAS CONTRIBUTIVO
CELULAR: 30284511711
VEREDA: BOJACA.
SECTOR: SECTOR LA FRONTERA.



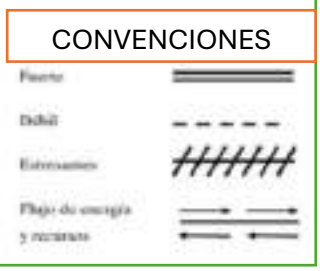
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Adriana Luque <nanaluque20@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> 18 de febrero de 2026 a las 21:17
Para: nanaluque20@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 *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ERNESTO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

FERNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO

GÓMEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

80398532

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

25 / 12 / 1965

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

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: *

HIPERTENSO NO MEDICADO.

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 *

3202701592

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

26M

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

CUÑADO 58M DISCAPACITADO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NO REFIERE.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

NO VA AL ODONTÓLOGO HACE MUCHO TIEMPO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE MOTIVA PARA QUE ASISTA AL ODONTÓLOGO, PERO MANIFIESTA NO QUERER IR

FAMILIARES *

SE EDUCA PARA LLEVAR BUENOS HÁBITOS EN SALUD ORAL

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Observaciones / hallazgos encontrados

PACIENTE QUE NECESITA VALORACIÓN EN SALUD ORAL. PERO MANIFIESTA NO QUERER IR.

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

20.1 FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA ERNESTO FERNANDEZ GÓMEZ - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

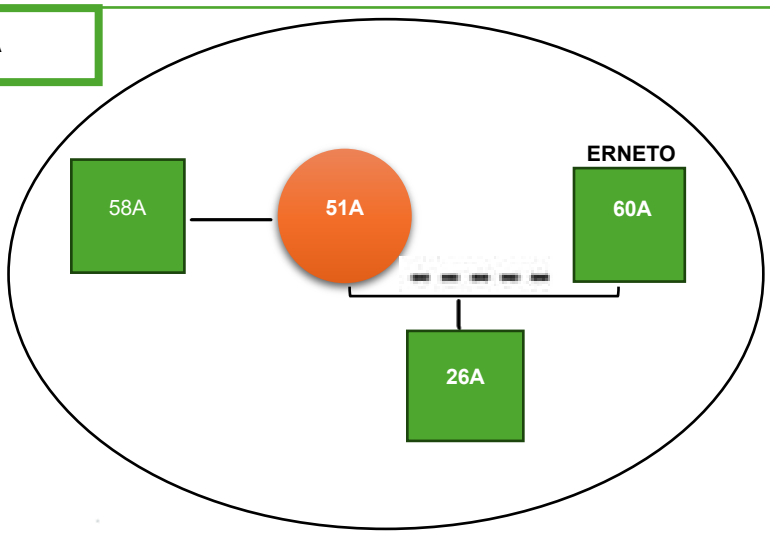
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
ERNESTO FERNANDEZ GÓMEZ
EDAD: 60 AÑOS.
DOCUMENTO: CC 80398532
EPS: NUEVA EPS SUBSIDIADO
CELULAR: 3202701592
VEREDA: BOJACA.
SECTOR: SECTOR LA FRONTERA.



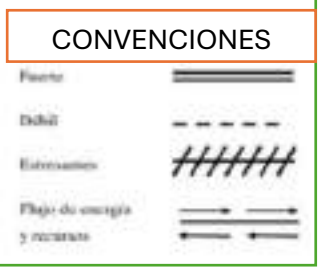
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Adriana Luque <nanaluque20@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 18 de febrero de 2026 a las 21:57
Para: nanaluque20@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARCEDONIO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

BOLIVAR

SEGUNDO APELLIDO

AREVALO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

3202961739

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

01 / 03 / 1967

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

PACIENTE CON DISCAPACIDAD MENTAL LEVE

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [x] Otro: PACIENTE CON DISCAPACIDAD MENTAL LEVE

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 *

3202961739

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

NO

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

HERMANA 51F CUÑADO 60M PRIMO 28M

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

PACIENTE CON DISCAPACIDAD MENTAL LEVE.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

HACE MUCHO TIEMPO NO ASISTE AL ODONTÓLOGO, NO RECUERDA CUANDO FUE LA ÚLTIMA VEZ

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE MOTIVA PARA CEPILLARSE LOS DIENTES MÍNIMO TRES VECES AL DÍA.

FAMILIARES *

SE EDUCA A LA HERMANA PARA QUE LE AYUDE CON SUS HÁBITOS EN SALUD ORAL

INSTITUCIONALES *

MIRAR PROGRAMAS O IR A ACTIVIDADES DE SALUD BUCAL.

Observaciones / hallazgos encontrados

APOYO DESDE EL HOGAR PARA IR AL ODONTÓLOGO Y CEPILLADO DENTAL.

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

21.1 FAMILIOGRAMA Y ECOMAPA MARCEDONIO BOLIVAR ARÉVALO - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

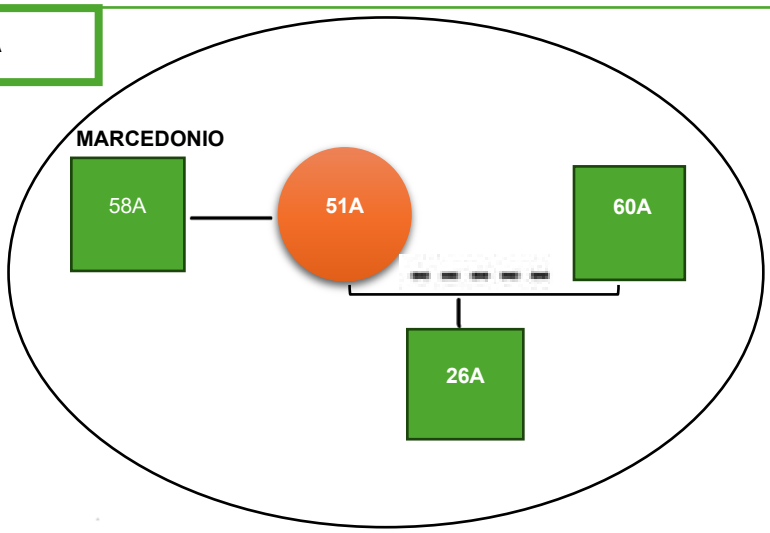
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
MARCEDONIO BOLIVAR AREVALO
EDAD: 58 AÑOS.
DOCUMENTO: CC 79186561
EPS: COMPENSAR SUBSIDIADO
CELULAR: 3202961739
VEREDA: BOJACA.
SECTOR: SECTOR LA FRONTERA.



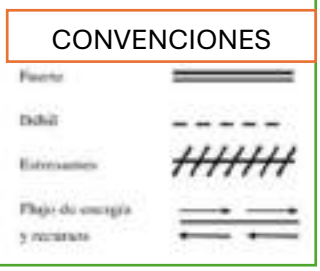
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Adriana Luque <nanaluque20@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 19 de febrero de 2026 a las 19:30
Para: nanaluque20@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JHON

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

CASTAÑEDA

SEGUNDO APELLIDO

BOLIVAR

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072705662

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

14 / 04 / 1995

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

PRESENTA AVECES TENSIÓN ARTERIAL ALMA.

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 *

3028451711

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

6M

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NO REFIERE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ÚLTIMA CITA AL ODONTÓLOGO HACE DOS MESES, LE REALIZARON LIMPIEZA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

USAR SEDA DENTAL AL MENOS YNA VEZ EN EL DÍA, PREFERIBLEMENTE EN LA NOCHE.

FAMILIARES *

SE RECOMIENDA DISMINUIR DULCES O BEBIDAS AZUCARADAS.

INSTITUCIONALES *

ASISTIR AL ODONTÓLOGO Y MANEJAR ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL.

Observaciones / hallazgos encontrados

SEGUIR EL TRATAMIENTO ODONTÓLOGICO Y SUS VISITAS PERIODICAS.

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

22. JHON CASTAÑEDA BOLIVAR. - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

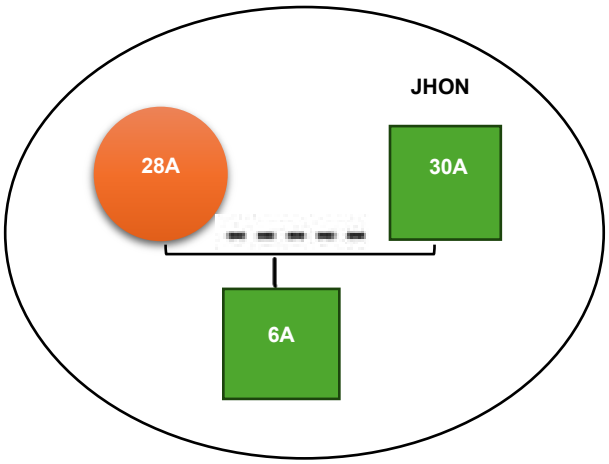
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
JHON CASTAÑEDA BOLIVAR
EDAD: 30 AÑOS.
DOCUMENTO: CC1072705662
EPS: SANITAS CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3028451711
VEREDA: BOJACA.
SECTOR: SECTOR LA FRONTERA.



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES

Gmail **Adriana Luque <nanaluque20@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 19 de febrero de 2026 a las 20:40
Para: nanaluque20@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

CARLOS

SEGUNDO NOMBRE

ADOLFO

PRIMER APELLIDO *

POVEDA

SEGUNDO APELLIDO

BOLIVAR

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072674947

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

12 / 11 / 1999

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

CARRERA 9 #10-74

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REFIERE

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

- [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 *

3014733579

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

NO

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMÁ 53F

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NO REFIERE.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

NO RECUERDA LA ÚLTIMA VEZ QUE ASISTIO AL ODONTÓLOGO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE RECOMIENDA LA HIGIENE BUCAL DIARIA USO DE SEDA DENTAL Y ENJUAGUE BUCAL.

FAMILIARES *

VISITA PERIPODICA AL ODONTÓLOGO.

INSTITUCIONALES *

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL.

Observaciones / hallazgos encontrados

IMPORTANTE SER VALORADO EN SALUD ORAL.

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

23.1 CARLOS ADOLFO POVEDA BOLIVAR ECO - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

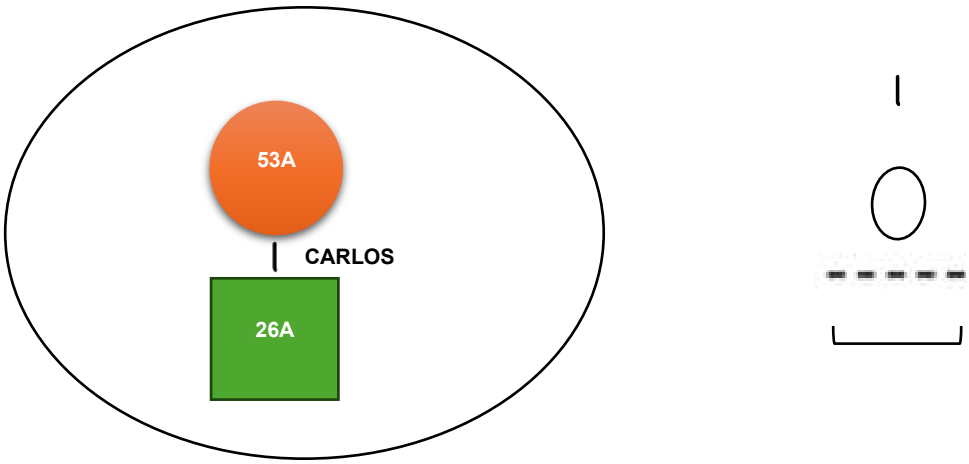
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
CARLOS ADOLFO POVEDA BOLIVAR
EDAD: 26 AÑOS.
DOCUMENTO: CC 1072674947
EPS: FAMISANAR SUBSIDIADO-
CELULAR: 3014733579
VEREDA: BOJACA.
SECTOR: SECTOR LA FRONTERA.



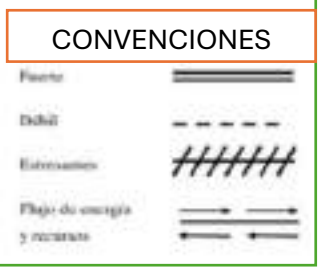
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **Adriana Luque <nanaluque20@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 19 de febrero de 2026 a las 21:47
Para: nanaluque20@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

CAMILA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

REYES

SEGUNDO APELLIDO

MORA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072638605

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

09 / 07 / 1985

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO RECUERDA SU ÚLTIMA CITA AL ODONTÓLOGO.

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

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 *

3209498161

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

25M- 23F-20M

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSO DE 50 AÑOS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NO REFIERE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE RECOMIENDA VISITAR AL ODONTÓLOGO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE RECOMIENDA LOS BUENOS HÁBITOS EN SALUD BUCAL, ALIMENTACIÓN SALUDABLE.

FAMILIARES *

CAMBIAR EL CEPILLO CADA TRES MESES, SI ESTA DETERIORADO, SI HAY PROCESO INFECCIOSO.

INSTITUCIONALES *

ES IMPORTANTE CONOCER LOS SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

Observaciones / hallazgos encontrados

INICIAR CON LAS CITAS AL ODONTÓLOGO.

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

24.1 CAMILA REYES MOYA ECO - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

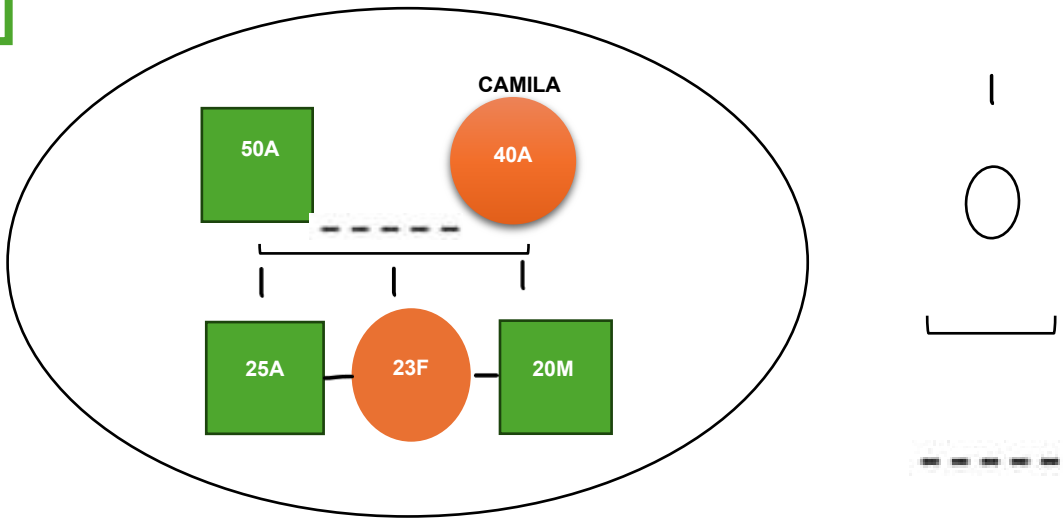
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
CAMILA REYES MORA
EDAD: 40 AÑOS.
DOCUMENTO: CC 1072638605
EPS: SANITAS CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3209498161
VEREDA: BOJACA.
SECTOR: SECTOR LA FRONTERA.



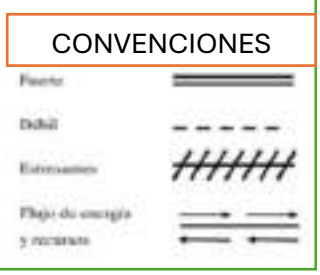
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



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

Gmail **Adriana Luque <nanaluque20@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 20 de febrero de 2026 a las 7:10
Para: nanaluque20@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

BRIYITH

SEGUNDO NOMBRE

CATALINA

PRIMER APELLIDO *

VELA

SEGUNDO APELLIDO

REYES

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1003660674

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

18 / 01 / 2003

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 REFIERER

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 *

3193412561

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

NO

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PAPÁ 50M- MAMÁ 40 F -HERMANOS 25M- 20 M

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NO REFIERE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE CON BUENOS HÁBITOS EN SALUD ORAL

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE RECOMIENDA LA VISITA AL ODONTÓLOGO CADA 6 MESES, REALIZAR LIMPIEZA DENTAL

FAMILIARES *

CAMBIAR EL CEPILLO CADA TRES MESES, SI SE DETERIORA CAMBIARLO ANTES, Y EN UN PROCESO INFECCIOSO.

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A BRIGADA DE SALUD ORAL.

Observaciones / hallazgos encontrados

CONTINUAR CON SUS BUENOS HÁBITOS EN SALUD BUCAL.

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

25.1 BRIYITH CATALINA VELA REYES ECO. - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

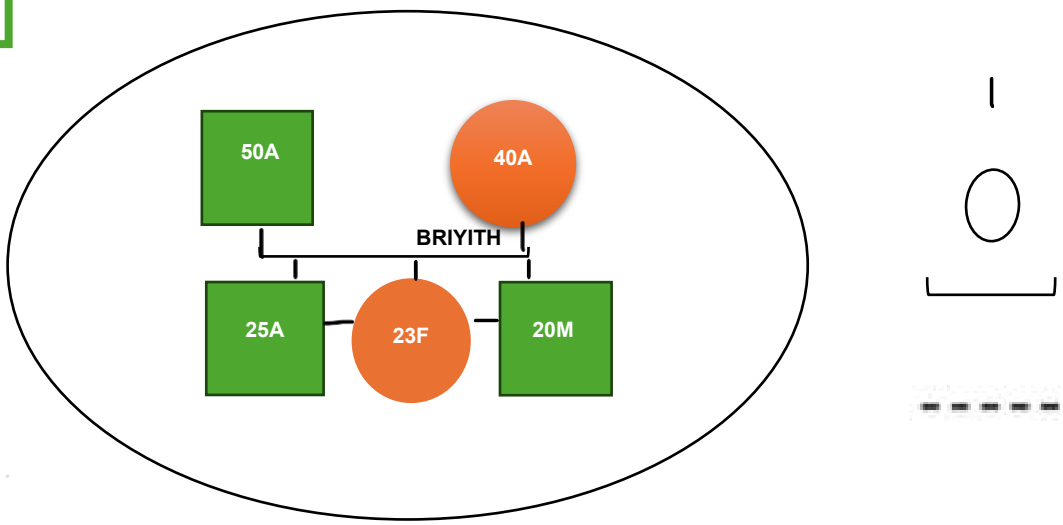
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
BRIYITH CATALINA VELA REYES
EDAD: 23 AÑOS.
DOCUMENTO: CC 1003660674
EPS: SANITAS CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3193412561
VEREDA: BOJACA.
SECTOR: SECTOR LA FRONTERA.



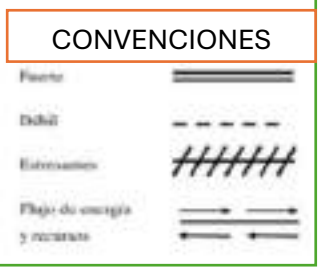
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Adriana Luque <nanaluque20@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 20 de febrero de 2026 a las 8:09
Para: nanaluque20@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Correo *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

GRACIELA

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

MAYA

SEGUNDO APELLIDO

REYES

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20470699

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

27 / 08 / 1957

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

PLAZA MAYOR

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REFIERE

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3043250858

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA FRONTERA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

HIJO 33M

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

NO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NO REFIERE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ÚLTIMA CITA AL ODONTÓLOGO EL 16 DE FEBRERO 2026, LE COLOCARON CALZAS EN LOS DIENTES.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

ES PACIENTE CON PRÓTESIS SUPERIOR E INFERIOR.

FAMILIARES *

CEPILLADO DENTAL, USO DE SEDA DENTAL Y ENJUAGUE BUCAL

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A PROGRAMAS DE ADULTO MAYOR EN PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

Observaciones / hallazgos encontrados

BUENOS HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL, CONTINUAR CON SUS CITAS PERIODICAS AL ODONTÓLOGO.

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



26.1 GRACIELA MAYA REYES ECO. - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

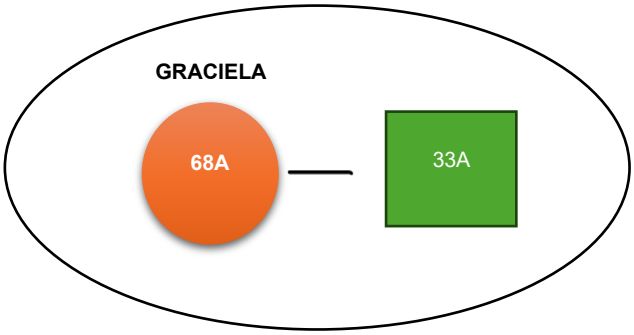
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
GRACIELA MAYA REYES.
EDAD: 68 AÑOS.
DOCUMENTO: CC 20470699
EPS: SALUD TOTAL CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3043250858
VEREDA: BOJACA.
SECTOR: SECTOR LA FRONTERA.



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA





Gmail

Adriana Luque <nanaluque20@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> 20 de febrero de 2026 a las 17:46
Para: nanaluque20@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 *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA.

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA.

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

18 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARÍA

SEGUNDO NOMBRE

ESPERANZA

PRIMER APELLIDO *

BASTIDAS

SEGUNDO APELLIDO

CUESTAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

35472054

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

28 / 09 / 1962

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

DIABETES, HIPERTENSA, ESTUVO EN COMA, USUARIO DE TRAQUEOTOMIA.

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 *

3132711452

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR CUATRO ESQUINAS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

31M

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VALORACIÓN PSICOLOGICA DEL 2010 AL 2012

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

LA SEMANA PASADA LE REALIZARON VALORACIÓN, Y VA A PEDIR CITA PARA INICIAR TRATAMIENTO ODONTÓLOGICO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE RECOMIENDA TENER BUENOS HÁBITOS EN SALUD BUCAL.

FAMILIARES *

USO DE SEDA DENTAL, ENJUAGUE BUCAL, VISITA PERIODICA AL ODONTÓLOGO.

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL.

Observaciones / hallazgos encontrados

PACIENTE QUE DEBE MANEJAR BUENOS HÁBITOS EN SALUD BUCAL.

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

27.1 MARÍA ESPERANZA BASTIDAS CUESTAS. - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

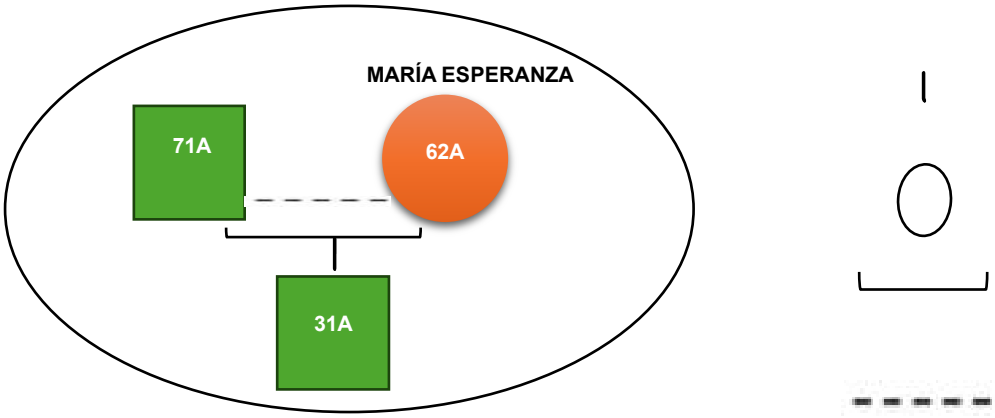
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
MARÍA ESPERANZA BASTIDAS CUESTAS.
EDAD: 62 AÑOS.
DOCUMENTO: CC 35472054
EPS: SANITAS SUBSIDIADO.
CELULAR: 3132711452
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: SECTOR CUATRO ESQUINAS



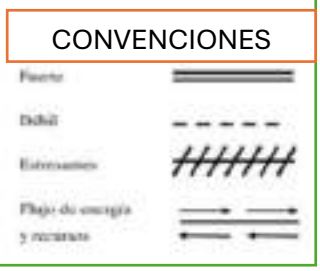
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

Adriana Luque <nanaluque20@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> 20 de febrero de 2026 a las 18:37
Para: nanaluque20@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 *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA.

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA.

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

10 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

EMILIANO

SEGUNDO NOMBRE

ANDRES

PRIMER APELLIDO *

GUZMAN

SEGUNDO APELLIDO

MARTINEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072683358

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

ANDRY

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

MARCELA

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE

MARTINEZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3122472769

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

05 / 11 / 2025

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: *

NIÑO QUE BAJO DE PESO DE 3120 A 2900 EN ESTE MOMENTO SU PESO ES DE 4100

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 *

3122472769

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 CUATRO ESQUINAS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

NO

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PAPÁ 24M- MAMÁ 20F

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NO REFIERE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

INDICACIONES A LA MADRE DEL MENOR SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD BUCAL DESDE EL NACIMIDENTO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE EDUCA A LA MADRE SOBRE COMO REALIZAR LA HIGIENE DE LA SALUD BUCAL DEL BEBE.

FAMILIARES *

LIMPIEZA CON UNA GASA ESTÉRIL CON AGUA FRIA.

INSTITUCIONALES *

QUE LA MADRE ASISTA A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL.

Observaciones / hallazgos encontrados

SE RECOMIENDA LA VISITA AL ODONTÓLOGO DEL BEBE CUANDO TENGA UN DIENTE Y LA APLICACIÓN DEL BARNIZ DE FLÚOR.

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

28.1 EMILIANO ANDRES GUZMAN MARTINEZ ECO. - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

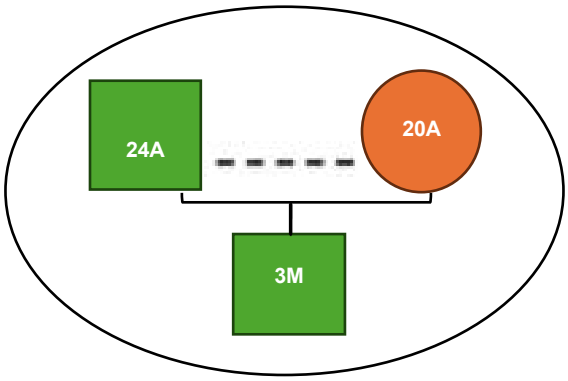
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO:
EMILIANO ANDRES GUZMAN MARTINEZ.
EDAD: 3 MESES
DOCUMENTO: RC 1072683358
EPS: NUEVA EPS SUBSIDIADO.
CELULAR: 3122472769
VEREDA: TIQUIZA.
SECTOR: SECTOR CUATRO ESQUINAS.



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES

Gmail

Adriana Luque <nanaluque20@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> 20 de febrero de 2026 a las 19:22
Para: nanaluque20@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 *

nanaluque20@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

18 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUIS

SEGUNDO NOMBRE

RAFAEL

PRIMER APELLIDO *

MARTINEZ

SEGUNDO APELLIDO

BOVEA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

120738916

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

23 / 08 / 2004

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

NA

EPS *

NO AFILIADO

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REFIERE

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

- [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 *

3237321163

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

CUATRO ESQUINAS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

NO

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

NO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NO REFIERE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

HACE MUCHO TIEMPO NO ASISTE AL ODONTÓLOGO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE RECOMIENDA ASISTIR AL ODONTÓLOGO CADA 6 MESES.

FAMILIARES *

VIVE SOLO

INSTITUCIONALES *

SE MOTIVA A ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL.

Observaciones / hallazgos encontrados

SE RECOMIENDA SOLUCIONAR LOS TRAMITES DE LA EPS

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

29.1 LUIS RAFAEL MARTINEZ BOVEA ECO. - Adriana Luque.pdf

Crea tu propio formulario de Google

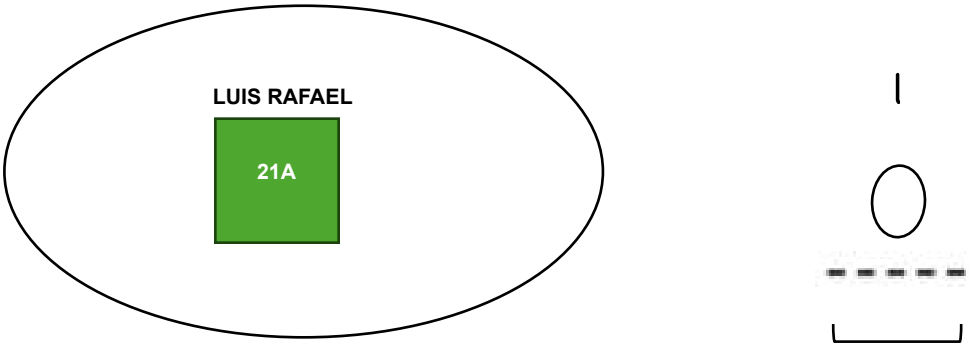
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BASICOS

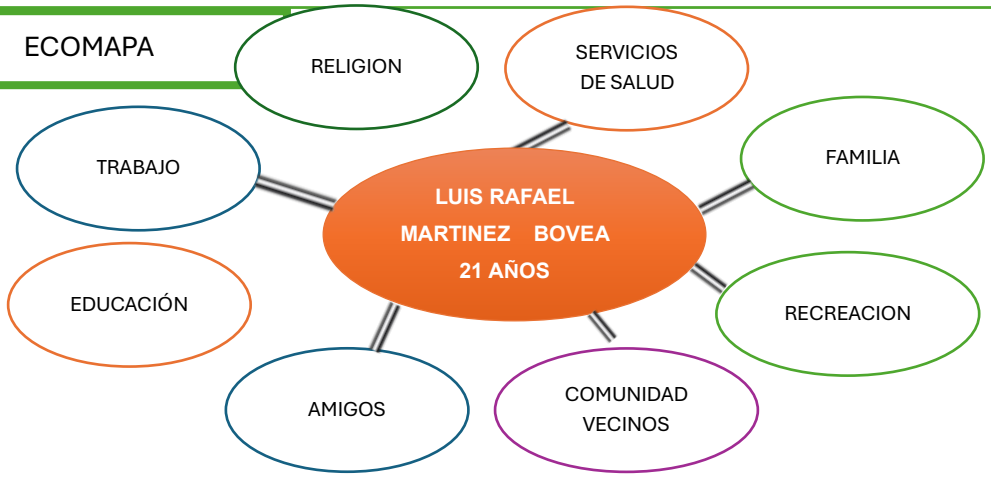
NOMBRE COMPLETO:
LUIS RAFAEL MARTINEZ BOVEA
EDAD: 21 AÑOS.
DOCUMENTO: CC 1072683358
EPS: NO TIENE
CELULAR: 3237321163
VEREDA: TIQUIZA CUATRO ESQUINAS.
SECTOR: SECTOR LA FRONTERA.



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



9. REALIZAR MENSUALMENTE VISITAS EN EL ENTORNO HOGAR REPORTADAS POR LAS JEFES DE LOS TERRITORIOS DE EQUIPOS BÁSICOS, PARA REALIZAR SEGUIMIENTO A PERSONAS CON RIESGO MEDIO Y/O ALTO EN SALUD ORAL Y PROMOVER HÁBITOS HIGIÉNICOS DE SALUD BUCAL COMO RUTINA DE CUIDADO DIARIO, DIFUSIÓN DE MENSAJES SOBRE BUENAS PRÁCTICAS DE HIGIENE DE MANOS, CORPORAL Y BUCAL INCLUYENDO EL CUBRIRSE CON EL PLIEGUE DEL BRAZO AL TOSER O ESTORNUDAR, EL USO DE TAPABOCAS, PROTECTORES ANTE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Y VALORACIÓN POR ODONTOLOGÍA CONFORME A LA RESOLUCIÓN 3280.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA

	CERTIFICACION ACTIVIDADES Y SESION EDUCATIVA- PIC	Código M-GAMB-PYD-F-010
	E.S.E. HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHÍA I NIVEL	Versión: 1

PROFESIONAL: Adriana Luge Cruzabaleta

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Visitas Entorno Hogar

LUGAR: La Balsa, Tiquiza, Bojaca

DIRECCION: Vereda La Balsa Tiquiza Bojaca

TELEFONO: 3213232136

CORREO: coordinadorespichia@gmail.com

Nº ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital										
F	1	1	1	3	7	7	-	-	-	20
M	1	1	-	2	3	2	-	-	-	9
Total	2	2	1	5	10	9	-	-	-	29

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Jessica Rodriguez

CARGO: Recepcionadora

FIRMA:

IDENTIFICACION: 52962107

ACTIVIDADES REALIZADAS: Visitas Entorno Hogar, remitidas o Busqueda Activa, Promoción hábitos en Salud oral

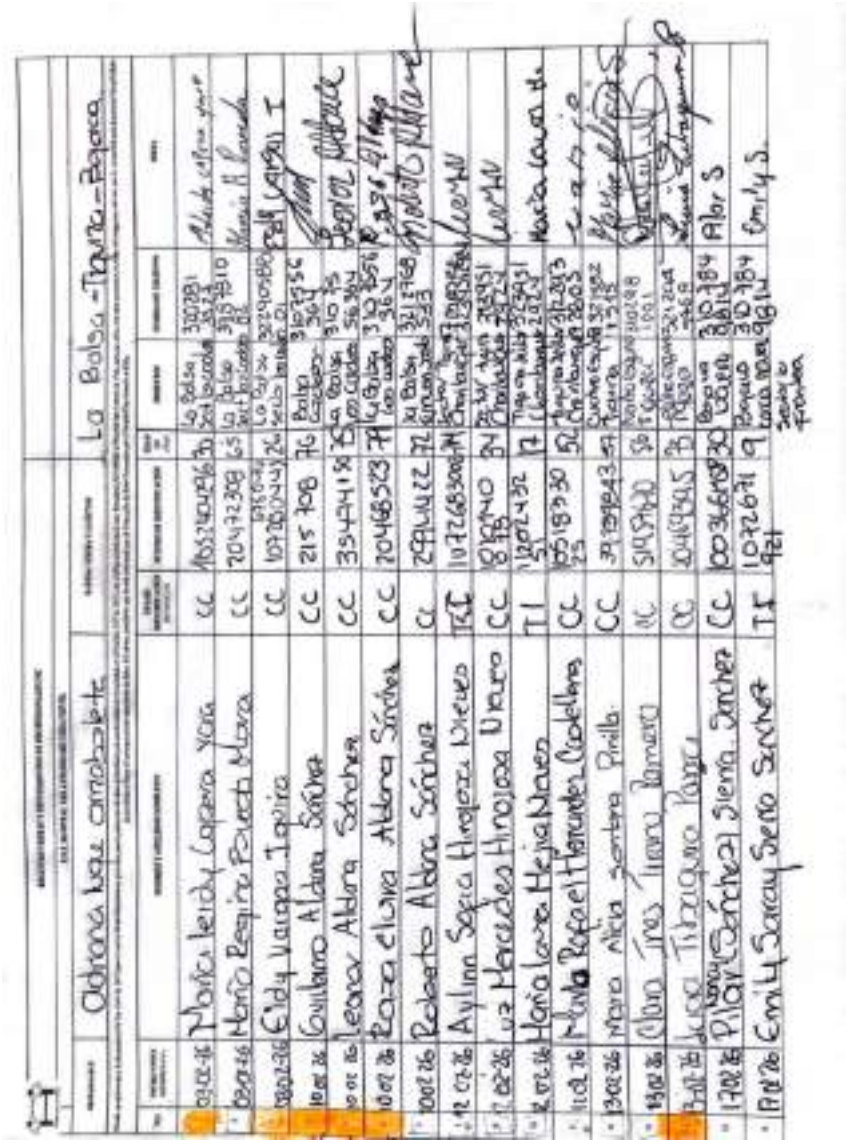
FIRMA EJECUTOR: Adriana Luge Cruzabaleta

OBSERVACIONES:

Página 1 de 1

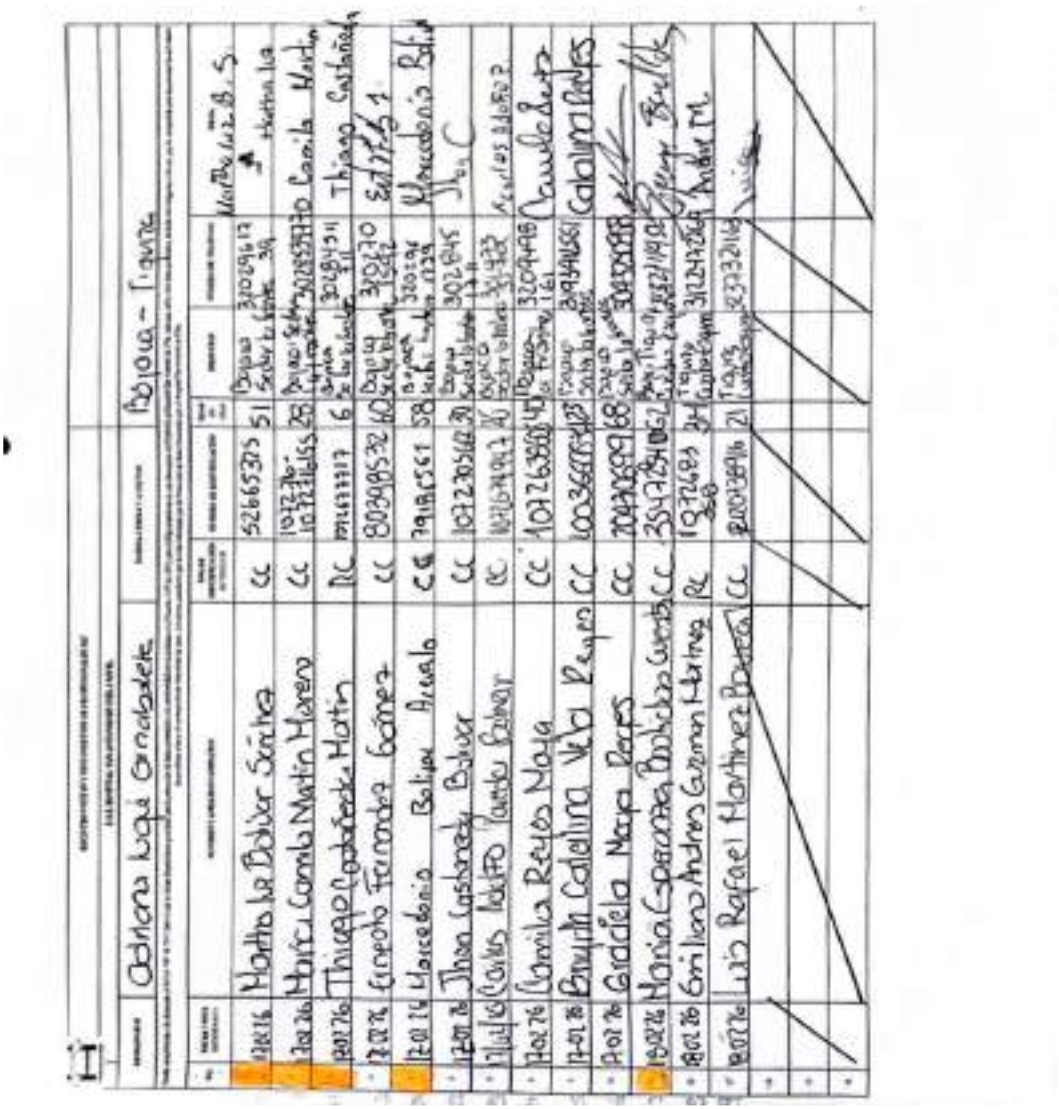
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA



Gobernación de Cundinamarca

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