Gmail

martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 8 de febrero de 2026 a las 10:29 p.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

SANDRA OLARTE

MOTIVO VISITA *

REMISION

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

CARMEN

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

BUENO

SEGUNDO APELLIDO

DE BUENO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20469156

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

03 / 02 / 1949

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

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: *

REPORTA SUFRIR DE DIABETES E HIPOTIROIDISMO.

PACIENTE CRONICO *

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

- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Other: .....

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
- [ ] Other: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3158917316

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

PARTE DE ATRAS DEL COLEGIO LOS CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

VIUD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

66 H - 67 H - 68 M - 56 M - 55 H - 52 M - 50 H

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

ADULTA MAYOR VIVE SOLA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA EDUCACION EN TEMAS DE HIGIENE ORAL Y SE ENFOCA EN EL CUIDADO Y MANEJO DE LAS PROTESIS DENTALES.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE BRINDA INFORMACION SOBRE CUIDADO E HIGIENE DE LAS PROTESISI DENTALES ASI MISMO LA VIDA UTIL

FAMILIARES *

NO HAY RECOMENDACIONES DESDE EL AREA DE SALUD ORAL YA QUE VIVE SOLA.

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA CONTINUAR Y PARTICIPAR CON EL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR.

Observaciones / hallazgos encontrados

SE RECOMIENDA A LA PACIENTE RETIRAR LAS PROTESIS EN LA NOCHE PARA EVITAR PROBABILIDAD DE INFECCIONES.

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

.....

Perímetro braquial

.....

Perímetro abdominal

.....

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

Submitted files

ECOMAPA FAMILIOGRAMA BALSA 2026 - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

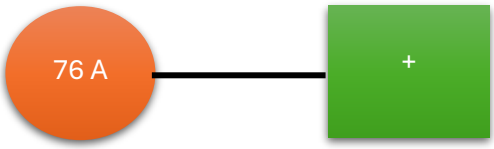
Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS

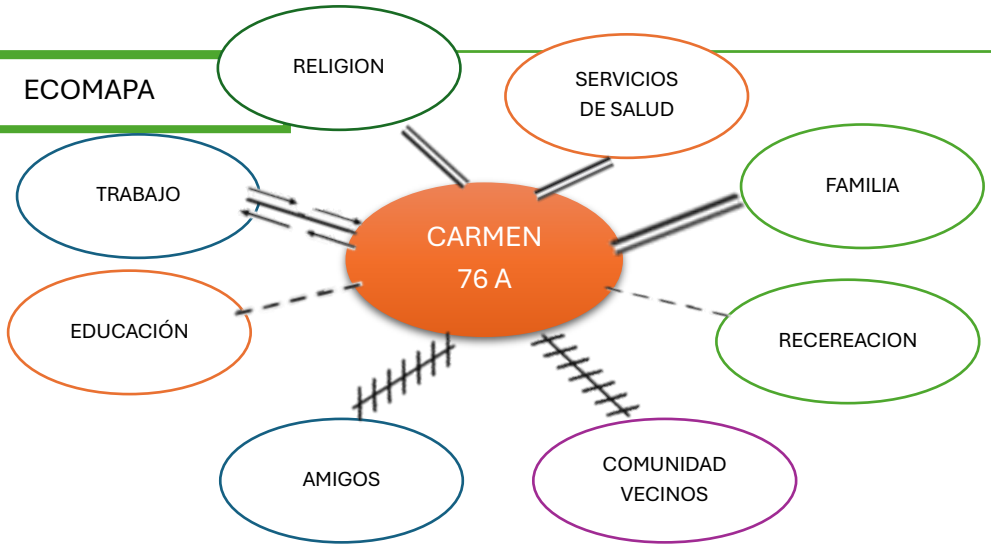
NOMBRE COMPLETO:
CARMEN BUENO DE BUENO
EDAD:76 AÑOS
DOCUMENTO: CC 20469156
EPS: SALUD TOTAL - CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3158917316
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: CAOBOS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail

martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 21 de febrero de 2026 a las 11:44 p.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 03 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ARTURO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

BUENO

SEGUNDO APELLIDO

ALDANA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

2993290

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

10 / 09 / 2026

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

PLAZA MADERO

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPOTIROIDISMO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

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
- [ ] Other:

TELEFONO DE CONTACTO *

3143214892

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 *

PARTE POSTERIR DEL COLEGIO LOS CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

38 H - 36 H - 34 M - 31 M

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

SE ENCUENTRA TRISTE POR LA MUERTE DE UN HERMANO.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PTE QUE NO ASISTE A CONSULTA HACE TIEMPO. SE CAPACITA SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA HIGIENE ORAL.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE LE REALIZO EDUCACION EN SALUD ORAL.

FAMILIARES *

SE DAN INDICACIONES A NIVEL DE UNA BUENA HIGIENE ORAL A NIVEL FAMILIAR.

INSTITUCIONALES *

SE MOTIVO A PARTICIPAR A PARTICIPAR DE LA OFERTA INSTITUCIONAL DEL MUNICIPAL.

Observaciones / hallazgos encontrados

SE BRINDO EDUCACION EM SALUD ORAL , NO SE ENCONTRO NINGANA PATOLOGIA RELEVANTE EN EL NUCLEO FAMILIAR .

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Submitted files

2.1 ARTURO BUENO-ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

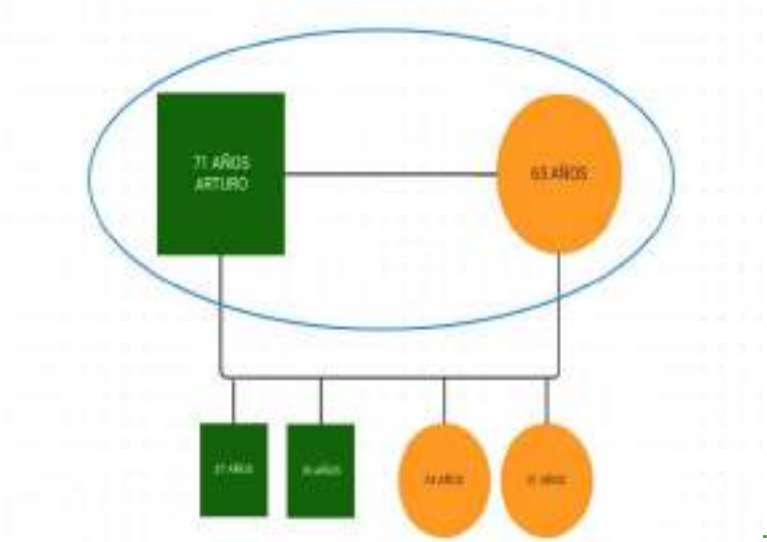
Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS



NOMBRE COMPLETO: ARTURO BUENO ALDANA
EDAD: 71 AÑOS
DOCUMENTO: 2993290
EPS: NUEVA EPS - CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3143214892
VEREDA: LA BALSA
SECTOR: CAOBOS

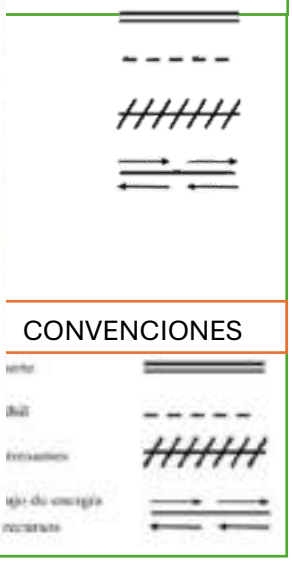
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>**

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 12:21 a.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

ADRIANA RAMOS

MOTIVO VISITA *

SEGUIMIENTO EN CASA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 07 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

DARWIN

SEGUNDO NOMBRE

DE JESUS

PRIMER APELLIDO *

ORTEGA

SEGUNDO APELLIDO

MARTINEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1081925739

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

03 / 01 / 1995

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

EL PACINTE NO REPORTA NINGUNA ENFERMEDAD

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [x] 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
- [ ] Other:

TELEFONO DE CONTACTO *

3143439178

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] FONQUETÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA PICHONERA - CALLEJON DIAGONAL TIENDA NATY

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON SU PAREJA EN UNA RELACION NORMAL

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

NO ASISTE A CONSULTA ODONTOLOGICA HACE 6 AÑOS APROXIMADAMENTE SE CEPILLA 2 VECES AL DIA, CAMBIA DE CEPILLO DENTAL CADA 2 MESES. SE DA EDUCACION EN SALUD ORAL INDICACIONES Y RECOMENDACIONES.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE RECOMIENDA CEPILLAR 3 VECES AL DIA, USAR CEPILLO DE CERDAS MEDIAS,USO DE SEDA DENTAL Y ENJUAGUE BUCAL SIN ALCOHOL DIARIAMENTE

FAMILIARES *

APOYO EN LA BUENA HIGIENE ORAL Y ASISTIR AL ODONTOLOGO PRONTAMENTE.

INSTITUCIONALES *

ASISTIR A LOS PROGRAMAS DE P Y P BIEN SEA DE LA SCRETARIA DE SALUD (BRIGADAS Y DEMAS) O EN SU EPS.

Observaciones / hallazgos encontrados

FALTA DE INTERES POR SU BUENA HIGIENE 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

Submitted files

3.1DARWIN DE JESUS ORTEGA MARTINEZ - ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

Does this form look suspicious? Report

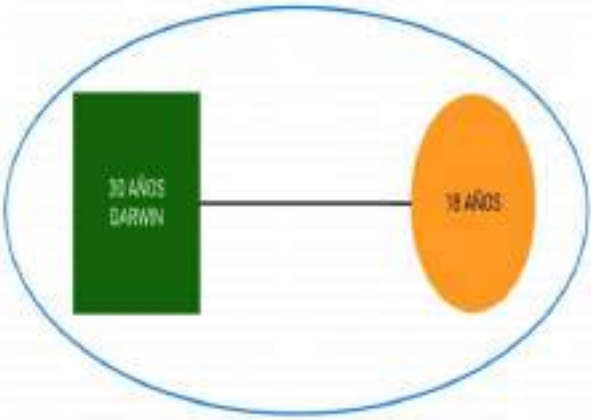
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS



NOMBRE COMPLETO: DARWIN DE JESUS ORTEGA MARTINEZ
EDAD:30 AÑOS
DOCUMENTO: 1081925739
EPS: SALUD TOTAL - CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3143439178
VEREDA: FONQUETA
SECTOR:LA PICHONERA

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>**

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 1:01 a.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

ADRIANA RAMOS

MOTIVO VISITA *

VISITAS DE SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 07 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

YENKREINYS

SEGUNDO NOMBRE

ISAILIS

PRIMER APELLIDO *

QUINTERO

SEGUNDO APELLIDO

LEONI

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula Extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

33869238

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

06 / 10 / 2007

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

NA

EPS *

NO AFILIADO

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REPORTA NINGUN ANTECEDENTE LA PACIENTE.

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3143439178

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] FONQUETÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

LA PICHONERA - CALLEJON DIAGONAL TIENDA NATY

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NUCLEO FAMILIAR NORMAL - VIVE CON SU PAREJA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE ENCUNTRA UNA PERSONA QUE SE CEPILLA POCAS VECES EN EL DIA Y LLEVA MUCHO TIEMPO SIN ASISTIR A LA CONSULTA ODONTOLOGICA,SE EDUCA EN HIGIENE ORAL SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DEBE CEPILLAR 3 VECES AL DIA AL IGUAL ACOMPAÑADO DE SEDA DENTAL Y ENJUAGE BUCAL Y DEBE ASISTIR A CONSULTA ODONTOLOGICA LO MAS PRONTO POSIBLE.

FAMILIARES *

APOYO EN LA HIGIENE ORAL A NIVEL FAMILIAR , BENEFICIO PARA TODOS.

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA ASISTIR A PROGAMAS DE P Y P BIEN SEA POR MEDIO DE BRIGADAS DE SALUD O EN SU EPS.

Observaciones / hallazgos encontrados

PTE POCO DEDICADA A SU HIGIENE 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

Submitted files

4.1 YENKREINYS ISAILIS QUINTERO LEONI. - ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

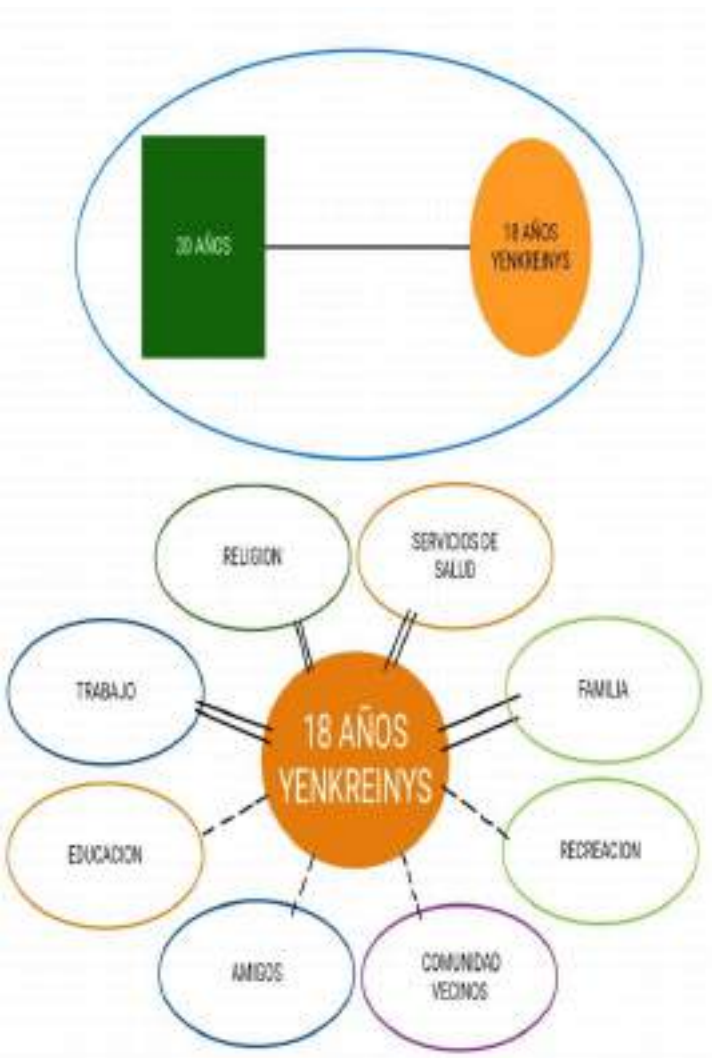
Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: YENKREINYS ISAILIS QUINTERO LEONI
EDAD:18 AÑOS
DOCUMENTO: CE: 33869238
EPS: N/A
CELULAR: 3143439178
VEREDA: FONQUETA
SECTOR: LA PICHONERA.

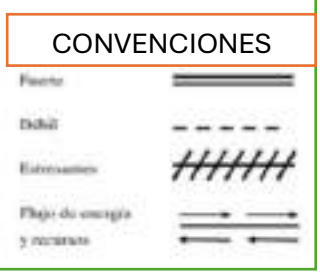


FAMILIOGRAMA



ECOMAPA

CONVENCIONES



Gmail **martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>**

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 1:34 a.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

ADRIANA RAMOS

MOTIVO VISITA *

VISITA DE SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 07 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

YARQUELIS

SEGUNDO NOMBRE

IZAMAR

PRIMER APELLIDO *

RODRIGUEZ

SEGUNDO APELLIDO

LEON

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula Extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

269113502

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

11 / 12 / 1997

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

NA

EPS *

NO AFILIADO

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

PTE REPORTA RINITIS ALERGICA, HABER ASISTIDO AL ODONTOLOGO HACE 8 MESES. SE CEPILLA DOS VECES AL DIA USA SEDA DENTAL Y ENJUAGE BUCAL PERO CON ALCOHOL

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3212297378

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] FONQUETÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA PICHONERA CALLEJON DIAGONAL A LA TIENDA NATY.

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

5 - H - 3 - M - 2 MESES M

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON SU PAREJA Y SUS HIJOD EN UNION FAMILIAR .

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE ENCUENTRA PERSONA PREOCUPADA POR SU HIGIENE Y POR NO ESTAR AFILIADA A LA EPS POR QUE ASI NO LOGRA ASISTIR CADA 6 MESES.POR CUESTIONES ECONOMICAS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE RECOMIENDA CONTINUAR CON UNA BUENA HIGIENE ORAL

FAMILIARES *

SEGUIR INSENTIVANDO A LOS NIÑOS PARA TENER UNA BUENA HIGIENE ORAL

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA ASISTIR A LOS PROGRAMAS DE P Y P BIEN SEA POR MEDIO DE LAS BRIGADAS O EN SU EPS.

Observaciones / hallazgos encontrados

PTE CON PREOCUPACION POR NO HABER PODIDO ASISTIDO A CONSULTA ODONTOLOGICA A 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

Submitted files

5.1 YORQUELIS IZAMAR RODRIGUEZ LEON- ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

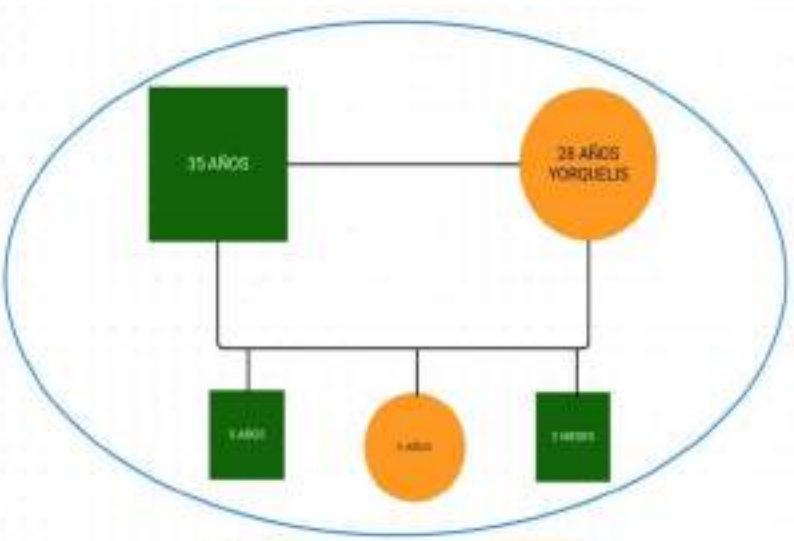
Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: YORQUELIS IZAMAR RODRIGUEZ LEON
EDAD: 28 AÑOS
DOCUMENTO: CE: 26913502
EPS: N/A
CELULAR: 3212297378
VEREDA: FONQUETA
SECTOR: LA PICHONERA.



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



INVENCIONES

Gmail **martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>**

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 7:46 a.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

ADRIANA RAMOS

MOTIVO VISITA *

VISITAS DE CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 07 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JONAIKER

SEGUNDO NOMBRE

JOSE

PRIMER APELLIDO *

RODRIGUEZ

SEGUNDO APELLIDO

LEON

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso Especial de Permanencia

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

8019188

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

09 / 26 / 2020

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

YORQUELIS

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

IZAMAR

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

RODRIGUEZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

LEON

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3212297378

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: *

LA MADRE REPORTA QUE ES SANO

PACIENTE CRONICO *

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

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

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [x] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA

☐ Other:

TELEFONO DE CONTACTO *

3212297378

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ FONQUETÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA PICHONERA - CALLEJON DIAGONAL A TIENDA NATY.

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMA.PAPA,HERMANOS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON SU FAMILIA DE BAJOS RECURSOS, FAVORABLEMENTE ESTA VINCULADO EN COLEGIO Y TIENE BUENAS RELACIONES, POBLACION MIGRANTE.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE CEPILLA 3 VECES AL DIA, NO USA SEDA DENTAL NI ENJUAGUE BUCAL, CONSUME BASTANTE AZUCAR Y YA HECE MAS DE 6 MESES QUE NO VA AL ODONTOLOGO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REALIZA LA EDUCACION EN SALUD ORAL, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES CON RESPECTO AL CEPILLADO SEDA DENTAL Y ENJUAGUE BUCAL Y LA IMPORTANCIA DE VISITAR AL ODONTOLOGO.

FAMILIARES *

SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES EN SALUD ORAL AL NUCLEO FAMILIAR Y SE PIDE APOYO MUTUO EN EL MOMENTO DEL CEPILLADO DIARIO.

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA ASISTIR A LAS ACTIVIDADES DE P Y P QUE SE OFRECEN EN LA SECRETAARIA DE SALUD POR MEDIO DE LAS BRIGADAS A NIVEL MUNICIPAL O ASISTIR A SU EPS SEGUN CORRESPONDA.

Observaciones / hallazgos encontrados

PTE DE 6 AÑOS CON CONSUMO DE AZUCAR ALTO REPORTA CEPILLARSE 3 VECES AL DIA PERO NO USA SED DENTAL NI ENJUAGUE BUCAL , SE EDUCA Y SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES.

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Submitted files

6.1 JONAIKER JOSE RODRIGUEZ LEON. -ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

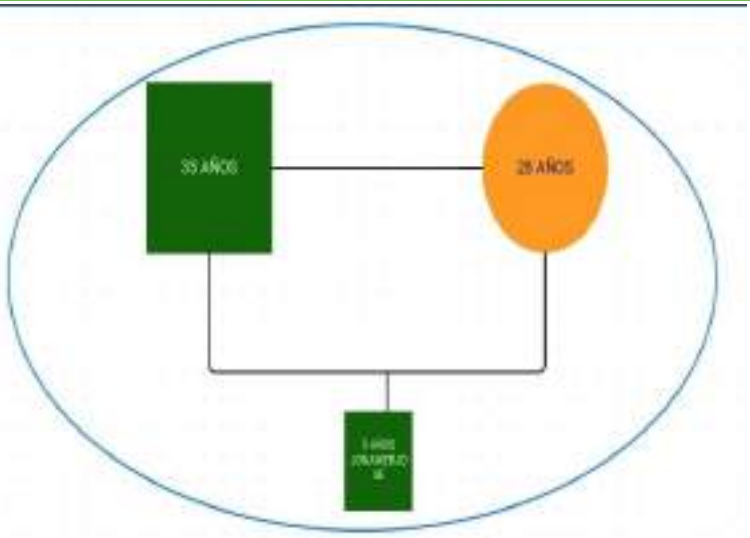
Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: JONAIKER JOSE RODRIGUEZ LEON
EDAD: 6 AÑOS
DOCUMENTO: PPT :8019188
EPS: NUEVA EPS - SUBSIDIADO
CELULAR: 3212297378
VEREDA: FONQUETA
SECTOR: LA PICHONERA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>**

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 8:16 a.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

ADRIANA RAMOS

MOTIVO VISITA *

VISITAS DE CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 07 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

YORNIELYS

SEGUNDO NOMBRE

DEL CARMEN

PRIMER APELLIDO *

COLINA

SEGUNDO APELLIDO

RODRIGUEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso Especial de Permanencia

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

8019994

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

06 / 25 / 2022

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

YORQUELIS

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

IZAMAR

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

RODRIGUEZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

LEON

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3212297378

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

LA MADRE REPORTA QUE SE ENCUENTRA CON BUENA SALUD.

PACIENTE CRONICO *

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

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

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [x] MIGRANTE REGULAR
- [ ] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA

☐ Other:

TELEFONO DE CONTACTO *

3212297378

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ FONQUETÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA PICHONERA - CALLEJON DIAGONAL TIENDA NATY

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PAPA,MAMA,HERMANOS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE EN UNA FAMILIA FUNCIONAL CON ALGUNAS NECESIDADES PERO ASISTE AL COLEGIO Y TIENEN BUENAS RELACIONES FAMILIARES.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

LA MADRE REPORTA QUE SE CEPILLA 2 VECES AL DIA LOS DIENTES NO USA SEDA DENTAL NI ENJUAGUE BUCAL, HACE 5 MESE NO ASISTE AL ODONTOLOGO.Y HAY PRESENCIA DE ALTO CONSUMO DE AZUCAR..

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE EDUCA EN SALUD ORAL, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES DEACUERDO AL CASO, ESTAR PENDIENTE DE LA PROXIMA CITA DE SALUD ORAL.

FAMILIARES *

SE EDUCAN EN LA IMPORTANCIA DE TENER UNA BUENA HIGIENE ORAL Y QUE SE APOYEN PARA ASI LOGRAR LA META A NIVEL FAMILIAR QUE ES TENER UNA BUENA HIGIENE ORAL Y BAJAR UN POCO EL CONSUMO DE AZUCAR (HELADOS).

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA ASISTIR A LOS PROGRAMAS DE PYP ORGANIZADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD COMO LO SON LAS BRIGADAS COMUNITARIAS ETC, O EN SU EPS SEGUN CORRESPONDA.

Observaciones / hallazgos encontrados

SE RECOMIENDA REFORZAR EL CEPILLADO DIARIO USAE SEDA DENTAL Y ENJUAGUE BUCAL ASI MISMO NO DEJAR PASAR LA CITA AL ODONTOLOGO PARA LA APLICACION DEL BARNIZ DE FLUOR.

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

No files submitted

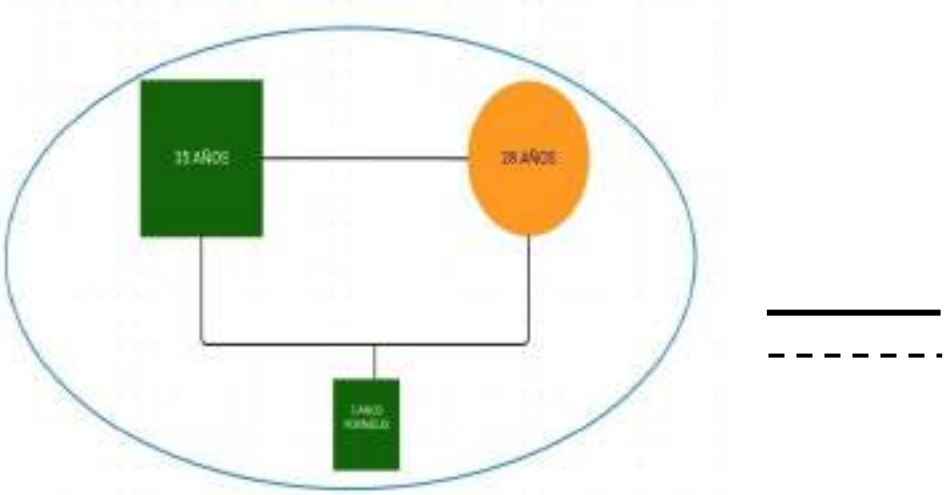
Create your own Google Form
Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS

NOMBRE.COMPLETO: YORNIELYS DEL CARMEN COLINA RODRIGUEZ
EDAD: 3 AÑOS
DOCUMENTO: PPT: 8019994
EPS: NUEVA EPS -SUBSIDIADO
CELULAR: 3212297378
VEREDA: FONQUETA
SECTOR: LA PICHONERA



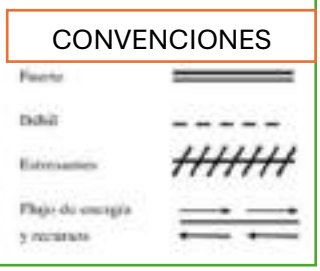
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>**

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 8:37 a.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

ADRIANA RAMOS

MOTIVO VISITA *

VISITAS DE CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 07 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

SAMARA

SEGUNDO NOMBRE

VALENTINA

PRIMER APELLIDO *

COLINA

SEGUNDO APELLIDO

RODRIGUEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072683439

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

12 / 05 / 2025

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

YORQUELIS

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

IZAMAR

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

RODRIGUEZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

LEONI

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3212297378

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

LA MADRE REPORTA ESTAR SANA

PACIENTE CRONICO *

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

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

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

☐ Other:

TELEFONO DE CONTACTO *

3212297378

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ FONQUETÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA PICHONERA - CALLEJON DIAGONAL A LA TIENDA NATY.

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PAPA, MAMA, HERMANOS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE SON SU NUCLEO FAMILIAR.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PTE CON 2 MESES DE NACIDA NO REPORTA SU CUIDORA (MADRE) NADA RELEVANTE.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DAN INDICACIONES A LA MADRE PARAA LIMPIAR LA CAVIDAD ORAL DEACUERDO A SU CICLO DE VIDA CON UNA GASA ENROLLADA EN EL DEDO HUMEDECIDA Y CON

MUCHO CUIDADO.

FAMILIARES *

APOYO FAMILIAR PA LOGRAR UNA BUENA HIGIENE ORAL

INSTITUCIONALES *

ACUDIR A LAS ACTIVIDADES DE PYP QUE OFRECE LA SECRETARIA DE SALUD EN LOS DIFERENTES ENTORNOS INCLUIDA LA EPS SEGIN CORRESPONDA

Observaciones / hallazgos encontrados

PACIENTE CON LIMPIEZA DE CAVIDAD ORAL INGESTA DE LECHE MATERNA .

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Submitted files

8.1 SAMARA VALENTINA COLINA RODRIGUEZ. - ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form
Does this form look suspicious? Report

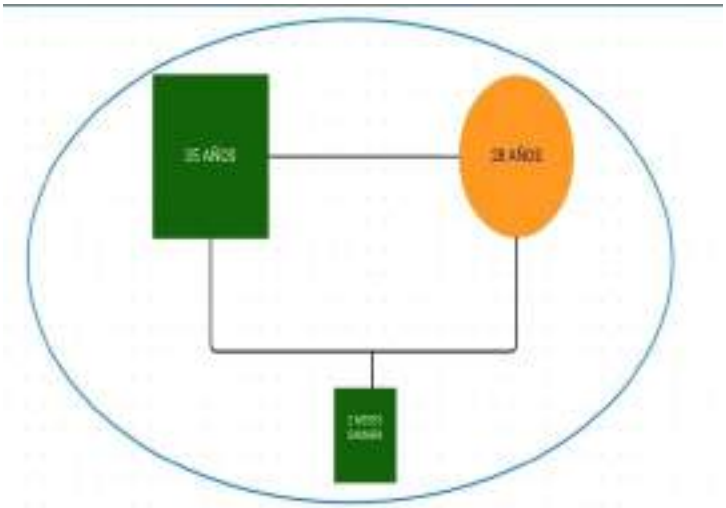
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: SAMARA VALENTINA COLINA RODRIGUEZ
EDAD: 2 MESES
DOCUMENTO: RC: 1072683439
EPS: NUEVA EPS. SUBSIDIADO
CELULAR: 3212297378
VEREDA: FONQUETA
SECTOR: LA PICHONERA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 8:56 a.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

ADRIANA RAMOS

MOTIVO VISITA *

VISITAS DE CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 07 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

GISELLA

SEGUNDO NOMBRE

DEL CARMEN

PRIMER APELLIDO *

CARCAMO

SEGUNDO APELLIDO

GARCIA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1050462385

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

02 / 10 / 1981

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: *

LA PACIENTE NO REPORTA NINGUNA ENFERMEDAD RELEVANTE.

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [x] Other: N/A

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
- [ ] Other:

TELEFONO DE CONTACTO *

3167223282

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] FONQUETÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA PICHONERA - CALLEJON DIAGONAL A TIEDA NATY.

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

29 H - 27 H -21 H - 14 H.

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON SU HIJO MENOR , TRABAJA TIENEN BUENA RELACION.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

REPORTA NO ASISTIR AL ODONTOLOGO HACE MAS DE 3 AÑOS , DICE CEPILLARSE 3 VECES AL DIA USAR SEDA DENTAL , ENJUAGUE BUCAL.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE EDUCA EN SALUD ORAL Y SE INCENTIVA PARA PEDIR CITA ODONTOLOGICA PRONTAMNENTE

FAMILIARES *

SE EDUCAN EN SALUD ORAL SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES, EL APOYO MUTUO ES LO MAS IMPORTANTE PARA LOGRAR NUESTRO OBJETIVO CON RESPECTO A LA HIGIENE ORAL.

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA ASISTIR A ALS ACTIVIDADES DE P Y P ORGANIZADAS POR LA SECRETARIA DE SALUD COMO LAS BRIGADAS ETC, ASI MISMO EN SU EPS SEGUN CORRESPONDA.

Observaciones / hallazgos encontrados

PTE CON BUENOS HABITOS DE CEPILLADO, SEDA DENTAL Y ENJUAGUE BUCAL FALTA AISITIR CONTINUAMENTE AL ODONTOLOGO.

Talla

Peso

.....

Frecuencia respiratoria

.....

Frecuencia cardiaca

.....

Saturación de oxigeno

.....

Tensión arterial

.....

Perímetro braquial

.....

Perímetro abdominal

.....

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

Submitted files

9.1 GISELLA DEL CARMEN CARCAMO GARCIA.ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

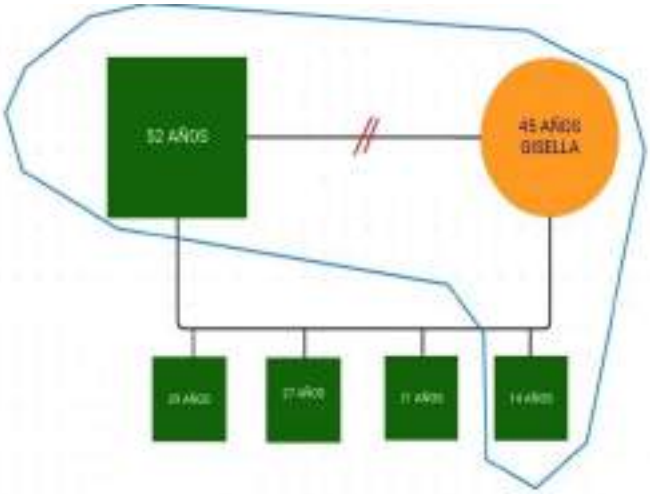
Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: GISELLA DEL CARMEN CARCAMO GARCIA
EDAD: 45 AÑOS
DOCUMENTO: CC: 1050462385
EPS: SANITAS - CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3167223282
VEREDA: FONQUETA
SECTOR: LA PICHONERA



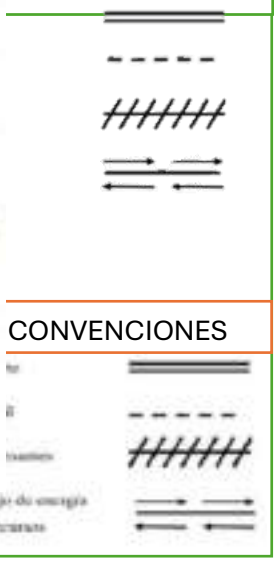
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 9:31 a.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

ADRIANA RAMOS

MOTIVO VISITA *

VISITAS DE CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 07 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

EDWAR

SEGUNDO NOMBRE

EDITH

PRIMER APELLIDO *

ESCALONA

SEGUNDO APELLIDO

CARCAMO

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso Especial de Permanencia

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

8150299

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

09 / 02 / 2011

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

GISELLA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

DEL CARMEN

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

CARCAMO

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

GARCIA

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3167223282

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

NA

EPS *

NO AFILIADO

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

REPORTA ESTAR SANO COMPLETAMENTE.

PACIENTE CRONICO *

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

- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [x] Other: N/A

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [ ] HOMBRE CABEZA DE FAMILIA
- [ ] PERSONA CON DISCAPACIDAD
- [ ] MIGRANTE REGULAR
- [x] MIGRANTE IRREGULAR
- [ ] ADULTO MAYOR
- [ ] LGTBIQA+
- [ ] AFROCOLOMBIANO
- [ ] INDIGENA
- [ ] RAIZAL (NACIDO EN SAN ANDRES ISLAS)
- [ ] ROM
- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA

☐ Other:

TELEFONO DE CONTACTO *

3167223282

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ FONQUETÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA PICHONERA - CALLEJON DIAGONAL A LA TIENDA NATY.

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MADRE

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON SU MAMA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

NO SE OBSERVA NINGUN HALAAZGO RELEVANTE NI TAMPOCO LO REPORTA.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE EDUCA EN SALUD ORAL, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES CON RESPECTO AL CUIDADO DE LA HIGIENE ORAL Y SE RECOMIENDA VISITAR AL ODONTOLOGO LO MAS PRONTO POSIBLE.

FAMILIARES *

SE EDUCAN EL SALUD ORAL Y DE RECOMIENDA APOYO MUTUO PARA LOGRAR TENER UNA EXELENTE HIGIENE ORAL.

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA ASISTIR A LOS PROGRAMAS DE PYP ORGANIZADOS POR LA SECRETARIA DE SALUD ,(BRIGADAS ETC) O ASISTIR A SU EPS SEGUN CORRESPONDA..

Observaciones / hallazgos encontrados

PACIENTE QUE NO ASISTE A CONSULTA ODONTOLOGICA HACE MAS DE 2 AÑOS AUNQUE REPORTA CEPILLARSE 2 VECES AL DIA SE LE INDICA QUE SON 3 Y QUE ES MUY IMPORTANTE LA APLICACION DE BARNIZ DE FLUOR.

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Submitted files

10.1 EDWARD EDITH ESCALONA CARCAMO. - ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

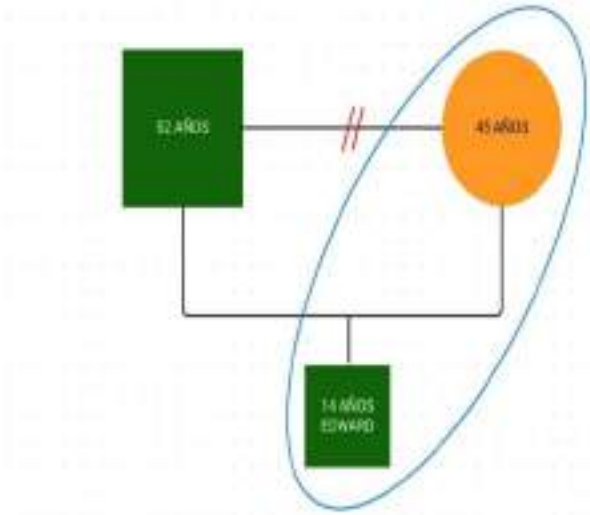
Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: EDWARD EDITH ESCALONA CARCAMO
EDAD: 14 AÑOS
DOCUMENTO: PPT: 8150299
EPS: N/A
CELULAR: 3167223282
VEREDA: FONQUETA
SECTOR: LA PICHONERA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>**

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 9:50 a.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FONQUETÁ

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

ADRIANA RAMOS

MOTIVO VISITA *

VISITAS DE CANALIZACION

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 07 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

FRANK

SEGUNDO NOMBRE

MANUEL

PRIMER APELLIDO *

CARCAMO

SEGUNDO APELLIDO

GARCIA

TIPO DE DOCUMENTO *

Permiso Especial de Permanencia

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

7334739

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

07 / 31 / 2006

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 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: *

NO REPORTA NINGUNA ENFERMEDAD DE RELEVANCIA.

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3242986761

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] FONQUETÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA PICHONERA - CALLEJON DIAGONAL A LA TIENDA NATY

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

PTE CON TRABAJO Y AFILIADO A SE EPS CON DOCUMTO PPT.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE REPORTA NO ASISTIR AL ODONTOLOGO APROXIMADAMENTE 8 AÑOS PROMEDIO Y POR DIFERENTES CIRCIUNSTANCIAS PERSONALES ,DICE CEPILLARSE 2 VECES AL DIA NO USA SEDA DENTAL NI ENJUAGUE. SE EDUCA EN SALUD ORAL SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE EDUCA EN SALUD ORAL Y SE RECOMIENDA ASISTIR A VALORACION ODONTOLOGICA LO MAS PRONTO POSIBLE YA QUE LLEVA MUCHO TIEMPO DE NO IR.

FAMILIARES *

N/A

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA ASISTIR A LOS PROGRAMAS OFRECIDOS POR LA SECRETARIA DE SALU CON RESPECTO A LA PROMOCION DE LA SALUD Y LA PREVENCION DE LA ENFERMEDAD POR MEDIO DE BRIGADAS O EN SU EPS SEGUN CORRESPONDA.

Observaciones / hallazgos encontrados

MIEDO AL PROFESIONAL DE LA SALUD ORAL POR ALGUNA MALA EXPERIENCIA EN AÑOS ANTERIORES.

Talla

Peso

.....

Frecuencia respiratoria

.....

Frecuencia cardiaca

.....

Saturación de oxigeno

.....

Tensión arterial

.....

Perímetro braquial

.....

Perímetro abdominal

.....

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

Submitted files

11.1 FRANK MANUEL CARCAMO GARCIA. - ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: FRANK MANUEL CARCAMO GARCIA
EDAD: 20 AÑOS
DOCUMENTO: PPT: 7334739
EPS: NUEVA EPS - SUBSIDIADO
CELULAR:
VEREDA: FONQUETA
SECTOR: LA PICHONERA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 11:06 a.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

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

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

MILENA CIFUENTES

MOTIVO VISITA *

VISITAS DE SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 13 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

PABLO

SEGUNDO NOMBRE

ELIAS

PRIMER APELLIDO *

MOLINA

SEGUNDO APELLIDO

MOLINA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

79161798

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

11 / 29 / 1960

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

PLAZA MADERO

Antecedentes Personales en Salud: *

ESCOLIOSOS, HERNIA DISCAL,TRAUMA RAQUIMEDULAR? LIQUIDO EN MEDULA? HACE 10 AÑOS CON POSTERIOR PERDIDA DE LA FUERZA EN EXTREMIDADES INFERIORES

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes

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

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
- [ ] Other: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3215821515

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA TIQUIZA SECTOR 4 ESQUNAS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

36 M- 30 F - 26 M.

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON LA ESPOSA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

CONTROL MEDICO APROXIMADAMENTE 2 AÑOS AL IGUAL EL ODONTOLOGICO, SE CEPILLA SUS DIENTES 3 VECES AL DIA CON DIENTES NATURALES .

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE EDUCA EN HIGIENE ORAL Y SE RECOMIENDA PEDIR CITA ODONTOLOGICA LO MAS PRONTO POSIBLE YA QUE LLEVA MUCHO TIEMPO SIN ASISTIR Y NO ES CONVENOENTE .

FAMILIARES *

SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES EN SALUD ORAL PARA QUE SE APOYEN MUTUAMENTE Y SEA MAS EFECTIVO DE CUMPLIR CON LOS HABITOS A ADQUIRIR.

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA ASISTIR A LOS PROGRAMAS DE P Y P QUE OFRECE LA SECRETARIA DE SALUD Y LAS EPS SEGUN LE CORRESPONDA.

Observaciones / hallazgos encontrados

PACIENTE CON DIFICULTAD POR MOVIMIENTO PERO HACE SU MAYOR ESFUERZO PARA CUMPLIR CON SU HIGIENE DIARIA DE SALUD ORAL Y DEMAS

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

Saturación de oxigeno

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Submitted files

12.1 PABLO ELIAS MOLINA MOLINA - ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

Does this form look suspicious? Report

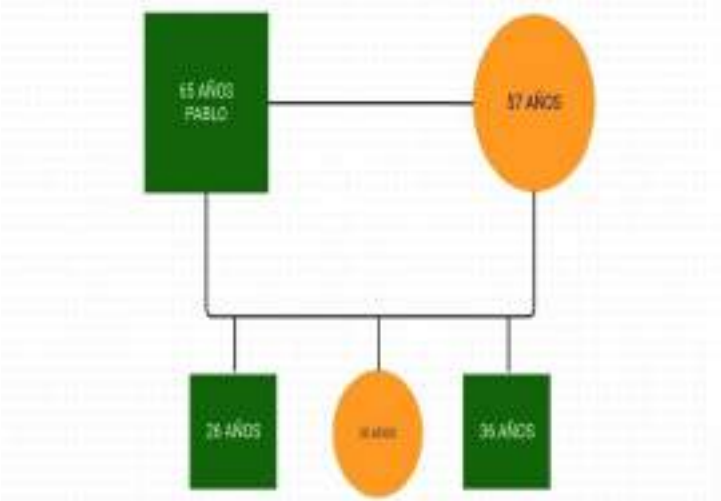
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO"- CHIA NIT. 899.999.156-1

DATOS BASICOS



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

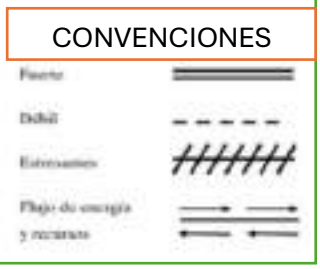
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 11:24 a.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

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

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

MILENA CIFUENTES

MOTIVO VISITA *

VISITA DE SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 13 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUIS

SEGUNDO NOMBRE

CARLOS

PRIMER APELLIDO *

QUECAN

SEGUNDO APELLIDO

RAMON

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

13487140

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

02 / 12 / 77

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: *

SE REALIZO EXAMENES EN DIAS PASADOS Y SE ENCONTRO EL AZUCAR ALTO COLESTEROL, TRIGLICERIDOS,

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

- [ ] NINGUNO
- [ ] VCA - VICTIMA DE CONFLICTO ARMADO
- [ ] DESMOVILIZADOS
- [ ] MUJER CABEZA DE FAMILIA
- [x] 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
- [ ] Other:

TELEFONO DE CONTACTO *

3144307779

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

CALLEJON AL FONDO FRENTE A LA IGLESIA SAN ESEQUIEL MORENO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

28 H

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON SU ESPOSA Y SU HIJO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE ENCUENTRA CON BUENOS HABITOS DE HIGIENE ORAL, CAMBIA SU CEPILLO CADA 2 MESES , SE CEPILLA 3 VECES AL DIA CON USO DE SEDA DENTAL Y ENJUAGUE BUCAL.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE REFUERZA EN BUENOS HABITOS DE HIGIENE ORAL Y SE RECOMIENDA CONTINUAR CON ELLOS

FAMILIARES *

SE FELICITAN E INCENTIVAN A CONTINUAR CON LOS BUENOS HABITOS ORALES

INSTITUCIONALES *

SE INVITAN A PARTICIPAR DE LOS PROGRAMAS DE PYP QUE REALIZA EL MUNICIPIO POR MEDIO DE LA SECRETARIA DE SALUD O ASISTIR A SE EPS SEGUN CORRESPONDA.

Observaciones / hallazgos encontrados

PACIENTE CON MUY BUENOS HABITOS ORALES AL IGUAL QUE SU NUCLEO FAMILIAR.

Talla

Peso

.....

Frecuencia respiratoria

.....

Frecuencia cardiaca

.....

Saturación de oxigeno

.....

Tensión arterial

.....

Perímetro braquial

.....

Perímetro abdominal

.....

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

Submitted files

13.1 LUIS CARLOS QUECAN RAMON - ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

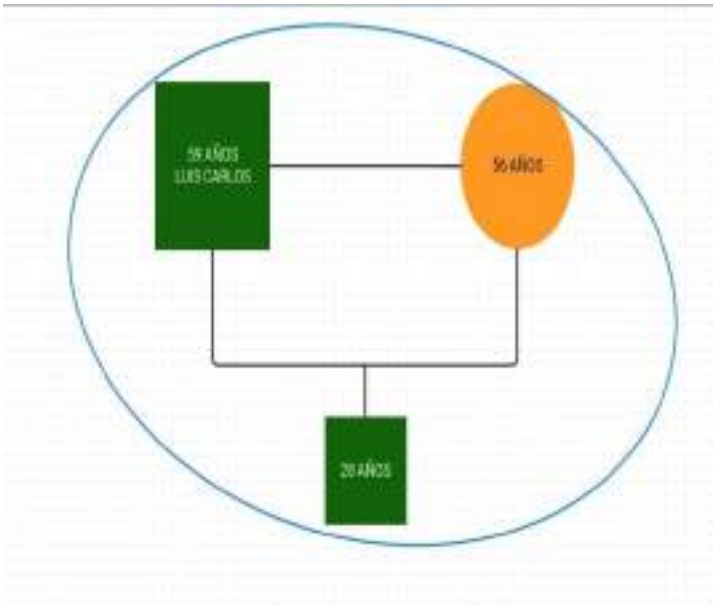
Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: LUIS CARLOS QUECAN RAMON
EDAD:59 AÑOS
DOCUMENTO: CC: 13487140
EPS: SANITAS
CELULAR: 3144307779
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: ALFRENTE DE LA IGLESIA SAN ESEQUIEL MORENO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 11:41 a.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - TIQUIZA - CERCA DE PIEDRA

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

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

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

MILENA CIFUENTES

MOTIVO VISITA *

VISITA DE SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 13 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JESIKA

SEGUNDO NOMBRE

LUCIA

PRIMER APELLIDO *

SANCHEZ

SEGUNDO APELLIDO

TIBAQUIRA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072709760

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

07 / 28 / 1995

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

PLAZA MADERO

Antecedentes Personales en Salud: *

ICTERISIA NEONATAL, PROBLEMA DEL LENGUAJE Y MOTRICIDAD FINA.

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

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
- [ ] Other: .....

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 *

VEREDA TIQUIZA SECTOR CUATRO ESQUINAS SEGUIDO DE CHORIBURGUER

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON SU MAMA A PESAR DE SU CONDICION ES UNA PERSONA MUY FUNCIONAL HASTA TAL PUNTO QUE ES GRADUADA DE UN TECNOLOGO Y TRABAJA SE

DESENVUELVE SOLA Y AYUDA A SU MAMA.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE CEPILLA 2 VECES AL DIA , USA SEDA DENTAL ENJUAGUE BUCAL PRONTA CITA DE CONTROL ODONTOLOGICO. BUENOS HABITOS DE HIGIENE ORAL

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE EDUCA EN BUENOS HABITOS DE SALUD ORAL REFORZANDO LOS YA ADQUIRIDOS SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES EN HIGIENE ORAL.

FAMILIARES *

SE ESTIMULAN Y FELICITAN PARA QUE SE APOYEN ENTRE ELLAS Y TENGAN UNA MEJOR HIGIENE ORAL.

INSTITUCIONALES *

SE INTAN A PARTICIPAR DE LS ACTIVIDADES ORGANIZADAS POR LA SECRETARIA DE SALUD EN PYP O EN SU EPS SEGUN CORRESPONDA.

Observaciones / hallazgos encontrados

PTE CON DISCAPACIDAD PERO CON MUCHA ENERGIA ES TORALMENTE FUNCIONAL Y TIENE BUENOS HABITOS DE HIGIENE 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

Submitted files

14.1 JESIKA LUCIA SANCHEZ TIBAQUIRA - ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

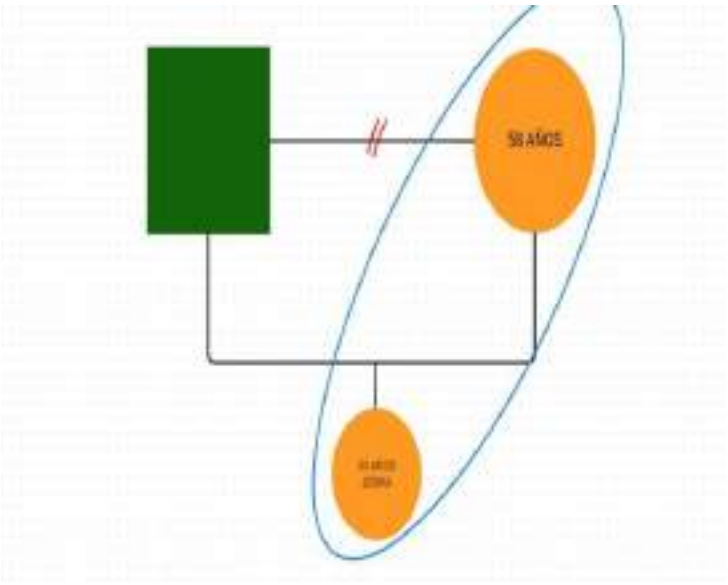
Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: JESIKA LUCIA SANCHEZ TIBAQUIRA
EDAD: 30 AÑOS
DOCUMENTO: CC: 1072709760
EPS: NUEVA EPS - CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3212945468
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: CUATRO ESQUINAS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 11:57 a.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

YOHANNA GARZON

MOTIVO VISITA *

REMISION

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 17 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE

MARINA

PRIMER APELLIDO *

SANCHEZ

SEGUNDO APELLIDO

AREVALO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20421820

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

11 / 05 / 1961

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

PACINTE CON ALTO GRADO DE OBESIDAD , HIPERTENSA, DIABETICA .

PACIENTE CRONICO *

- [x] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

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
- [ ] Other:

TELEFONO DE CONTACTO *

3203981699

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR LA FRONTERA FRENTE A LA FINCA LA HOLANDA.

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

VIUD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

44 M _ 42 H

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

NIETOS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON 2 NIETOS POR PARTE DE LA HIJA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE CON AUSENCIA DE DIENTES EN BOCA, MALPOSICION DENTARIA NOTORIA Y POR TAL MOTIVO NO TIENE UNA BUENA DEGLUCION DE ALIMENTOS TAL MOTIVO TIENE ALTO GRADO DE OBESIDAD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE EDUCA EN SALUD ORAL, SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES CON RESPECTO A HIGIENE ORAL Y ASISTIR AL ODONTOLOGO LO MAS PRONTO POSIBLE YA QUE LO REQUIERE.

FAMILIARES *

SE EDUCAN PARA INICIAR CON BUENOS HABITOS DE HIGIENE ORAL

INSTITUCIONALES *

SE INVITAN A PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES DE P Y P ORGANIZADAS POR LA SECRETARIA DE SALUD O BIEN SEA POR SE EPS SEGUN CORRESPONDA.

Observaciones / hallazgos encontrados

PTE MAYOR DE EDAD AL CUIDADO DE 2 MENORES DE EDAD EN CCLO VITAL INFANCIA DONDE NO LE DA COMO PRIORIDAAD SUS CUIDADOS SINO LOS DE LOS MENORES . SE RECOMIENDA ADQUIRIR HABITOS DE HIGIENE 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

Submitted files

15.1 LUZ MARINA SANCHEZ AREVALO . ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

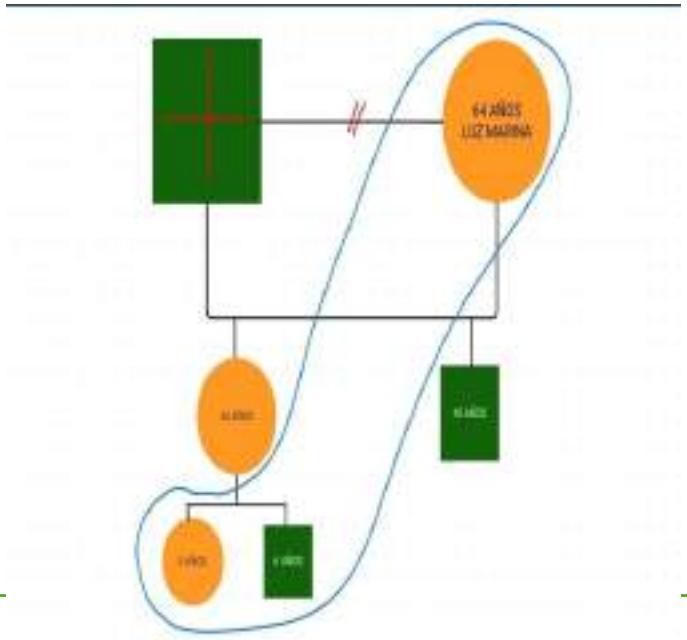
Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: LUZ MARINA SANCHEZ AREVALO
EDAD: 64 AÑOS
DOCUMENTO: CC: 20421820
EPS: NUEVA EPS - SUBSIDIADO
CELULAR: 3203981699
VEREDA: BOJACA 2
SECTOR: FRENTE A LA FINCA LA HOLANDA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 12:30 p.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

YOHANA GARZON

MOTIVO VISITA *

VISITA DE SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 17 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LIAN

SEGUNDO NOMBRE

MATIAS

PRIMER APELLIDO *

PINEDA

SEGUNDO APELLIDO

SIERRA

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072676961

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

04 / 11 / 2009

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

MARINA

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

SANCHEZ

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

AREVALO

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE

3203981699

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Hospital san Antoni

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

LA CUIDADORA NO REPORTA NADA

PACIENTE CRONICO *

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

- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [x] Other: NINGUNO

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

☐ Other:

TELEFONO DE CONTACTO *

3203981699

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA - SECTOR LA FRONTERA - FRENTE A LA FINCA LA HOLANDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

HERMANA - ABUELA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON SU ABUELA Y SU HERMANA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

EL PACIENTE NO TIENE BUENOS HABITOS DE SALUD ORAL REPORTA CEPILLARSE 2 VECES AL DIA O UNA , NO USA SEDA DENTAL NI ENJUAGUE BUCAL HACE UN TIEMPO NO VA AL ODONTOLOGO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE EDUCA CON RESPECTO A UNOS BUENOS HABITOS DE HIGIENE ORAL QUE PUEDA REALIZAR CON TIEMPO ADECUADO EN CASA .

FAMILIARES *

SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES CON RESPECTO A LA BUENA HIGIENE ORAL.

INSTITUCIONALES *

SE INVITA A PARTICI´PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES DE P Y P PROGRAMADAS POR LA SECRETARIA DE SALUD O POR SU EPS SEGUN CORRESPONDA.

Observaciones / hallazgos encontrados

NO TIENE BUENOS HABITOS DE HIGIENE ORAL POR TAL MOTIVO SE MOTIVA PARA QUE LOS EMPIEZE A ADQUIRIR.

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

Frecuencia cardiaca

.....

Saturación de oxigeno

.....

Tensión arterial

.....

Perímetro braquial

.....

Perímetro abdominal

.....

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

Submitted files

16.1 LIAN MATIAS PINEDA SIERRA - ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

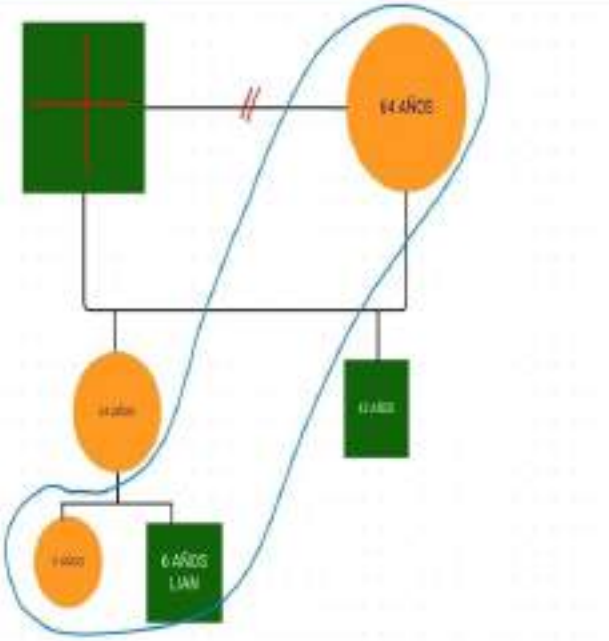
Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS



NOMBRE COMPLETO: LIAN MATIAS PINEDA SIERRA
EDAD: 6 AÑOS
DOCUMENTO: CC: 1072676961
EPS: SALUD TOTAL - SUBSIDIADO
CELULAR: 3203981699
VEREDA: BOJACA 2
SECTOR: FRENTE A LA FINCA LA HOLANDA.

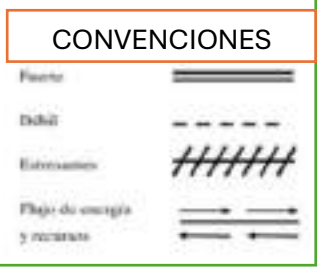
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail **martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>**

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 12:48 p.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

YOHANA GARZON

MOTIVO VISITA *

VISITA DE SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

07 / 17 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ANGELA

SEGUNDO NOMBRE

PATRICIA

PRIMER APELLIDO *

BOLIVAR

SEGUNDO APELLIDO

SANCHEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072666325

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

09 / 07 / 1992

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

LA NOVENA

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REPORTA SUFRIR DE NADA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

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
- [ ] Other:

TELEFONO DE CONTACTO *

3239257272

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA - SECTOR LA FRONTERA - FRENTE A LA FINCA LA HOLANDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

11 M - 9 H.

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PAREJA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON SUS HIJOS Y SU PAREJA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE SIN ASISTIR A CONSULTA ODONTOLOGICA POR MAS DE 1 AÑO SIN BUENOS HABITOS DE HIGIENE ORAL.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE EDUCA CON BUENOS HABITOS DE HIGIENE ORAL , SE RECOMIENDA USAR SEDA DENTAL, ENJUAGUE BUCAL, Y VISITAR AL ODONTOLOGO LO MAS PRONTO POSIBLE.

FAMILIARES *

SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES CON TODO LO QUE TIENE QUE VER CON UNA BUENA HIGIENE ORAL

INSTITUCIONALES *

SE LES INVITA A PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES DE P Y P ORGANIZADAS POR LA SECRETARIA DE SALUD (BRIGADAS ETC) O A LA EPS SEGUN CORRESPONDA.

Observaciones / hallazgos encontrados

PACIENTE CON POCA INICIATIVA PARA TENER Y EXIGIR BUENOS HABITOS DE HIGIENE 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

Submitted files

17.1 ANGELA PATRICIA BOLIVAR SANCHEZ - ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

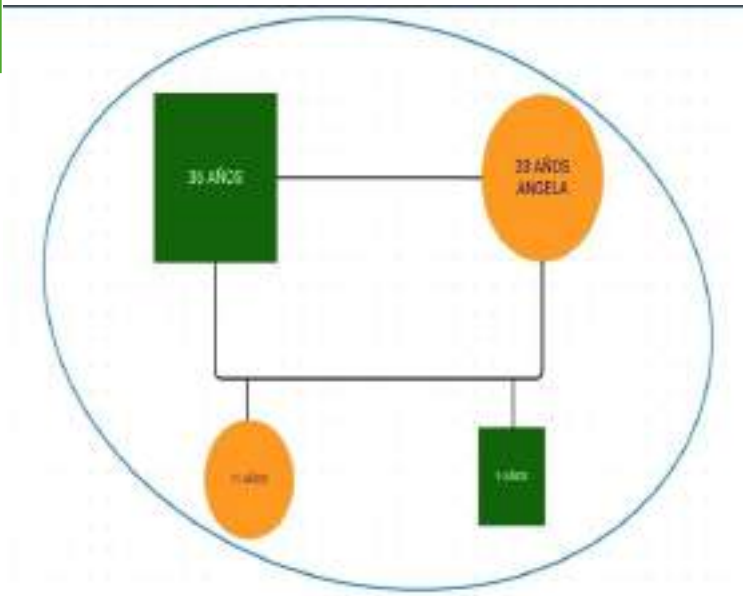
Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: ANGELA PATRICIA BOLIVAR SANCHEZ
EDAD: 33 AÑOS
DOCUMENTO: CC: 1072666325
EPS: FAMISANAR - CONTRIBUTIVO
CELULAR: 323925727
VEREDA: BOJACA 2
SECTOR: FRENTE A LA FINCA LA HOLANDA



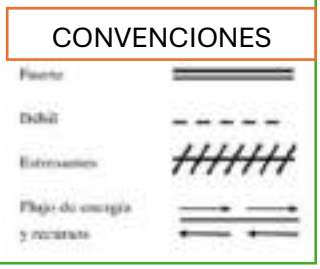
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 1:02 p.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

YOHANA GARZON

MOTIVO VISITA *

VISITA DE SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 17 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

SALOME

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

ZUÑIGA

SEGUNDO APELLIDO

BOLIVAR

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072712480

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

12 / 06 / 2014

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

ANGELA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

PATRICIA

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

BOLIVAR

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

SANCHEZ

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE

3239257272

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

LA NOVENA

Antecedentes Personales en Salud: *

NACIO POR CESAREA ESTUVO 5 DIAS EN INCUBADORA POR INGERIR LIQUIDO AMNITICO

PACIENTE CRONICO *

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

- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [x] Other: NINGUNO

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
- [ ] Other: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3239257272

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA - SECTOR LA FRONTERA - FRENTE A LA FINCA LA HOLANDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MAMA,PAPA, HERMANO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON FAMILIA FUNCIONAL MAMA, PAPA, HERMANO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE OBSERVA QUE LA PACIENTE NO TIENE BUENOS HABITOS DE HIGIENE ORAL.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE EDUCA CON RESPECTO A UNA BUENA HIGIENE ORAL,SE RECOMIENDA ASISTIR AL ODONTOLOGO LO MAS PRONTO POSIBLE YA QUE LLEVA TIEMPO SIN ASISTIR.

FAMILIARES *

SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PARA ADQUIRIR COMO FAMILIA UNOS BUENOS HABITOS DE HIGIENE ORAL.

INSTITUCIONALES *

SE INVITAN A PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES ORGANIZADAS POR LA SECRETARIA DE SALUD O A SU EPS SEGUN CORRESPONDA.

Observaciones / hallazgos encontrados

PTE CON POCOS HABITOS A NIVEL DE HIGINE 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

Submitted files

18.1 SALOME ZUÑIGA BOLIVAR - ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

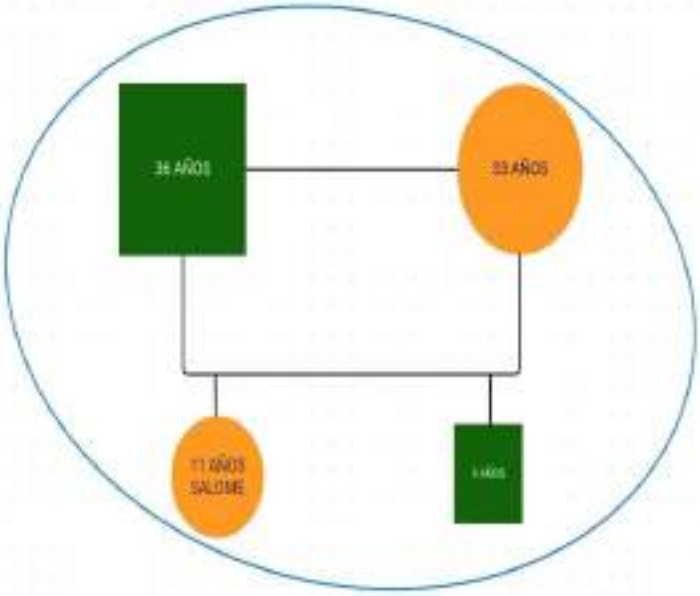
Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: SALOME ZUÑIGA BOLIVAR
EDAD: 11 AÑOS
DOCUMENTO: TI: 1072712486
EPS: FAMISANAR - CONTRIBUTIVO
CELULAR: 323925722
VEREDA: BOJACA 2
SECTOR: FRENTE A LA FINCA LA HOLANDA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 1:16 p.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

YOHANA GARZON

MOTIVO VISITA *

VISITA DE SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 17 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

SAMUEL

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

ZUÑIGA

SEGUNDO APELLIDO

BOLIVAR

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1220221753

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

05 / 10 / 2016

CICLO VITAL *

infancia (6 a 11 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

ANGELA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

PATRICIA

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

BOLIVAR

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

SANCHEZ

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE

3239257272

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

LA NOVENA

Antecedentes Personales en Salud: *

A LOS 2 MESES DE NACIDO LE DIO BRONQUIOLITIS, EN ESTE MOMENTO DE EL COLEGIO FUE REMITIDO PARA TERAPIA OCUPACIONAL-FONOAUDIOLOGIA - PSICOLOGIA Y OFTALMOLOGIA POR OJO SECO REPORTA LA MAMA

PACIENTE CRONICO *

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

- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [x] Other: NINGUNO

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
- [ ] Other: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3239257272

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA -SECTOR LA FRONTERA -FRENTE A FINCA LA HOLANDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PAPA,MAMA, HERMANA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON SU NUCLEO FAMILIAR COMPLETO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE OBSERVA NO TENER HABITOS ORALES ADECUADOS NO SE CEPILLA LAS VECES INDICADAS Y HACE UN TIEMPO LARGO NO VA AL ODONTOLOGO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE EDUCA CON RESPECTO A LA BUENA HIGIENE ORAL SE RECOMIENDA ADQUIRIR HABITOS Y VISITAR PRONTAMEN TE AL ODONTOLOGO

FAMILIARES *

SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PARA OBTENER UNA EXELENTE HIGIENE ORAL A NIVEL FAMILIAR.

INSTITUCIONALES *

SE INVITAN A PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES DE P Y P ORGANIZADAS POR LA SECRETARIA DE SALUD O A SU EPS SEGUN CORRESPONDA.

Observaciones / hallazgos encontrados

PACIENTE CON POCOS HABITOS DE HIGIENE 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

Submitted files

19.1 SAMUEL ZUÑIGA BOLIVAR - ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

Does this form look suspicious? Report

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

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: SAMUEL ZUÑIGA BOLIVAR

EDAD: 9 AÑOS

DOCUMENTO: T.I: 1220221753

EPS: FAMISANAR - CONTRIBUTIVO

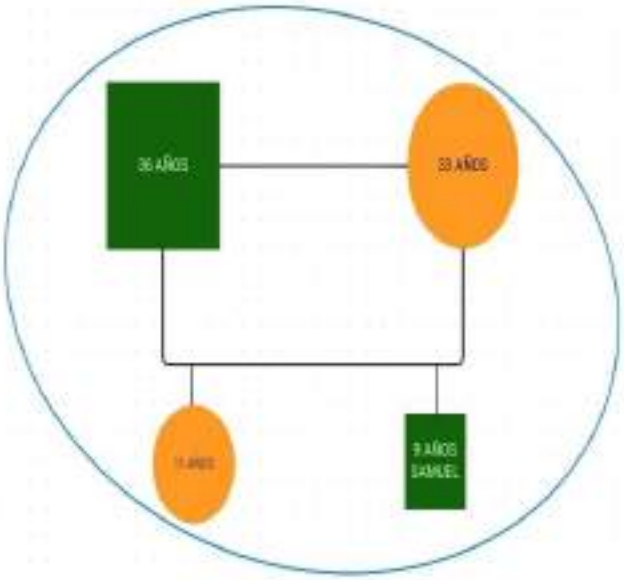
CELULAR: 3239257272

VEREDA: BOJACA 2

SECTOR: FRENTE A LA FINCA LA HOLANDA



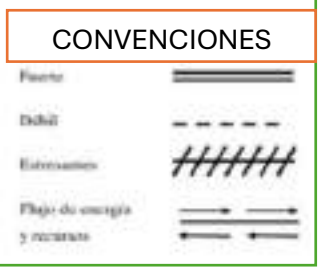
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 1:35 p.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

YOHANA GARZON

MOTIVO VISITA *

VISITA DE SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 17 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LIAN

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

GUTIERREZ

SEGUNDO APELLIDO

FERNANDEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072680156

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

09 / 24 / 2022

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

ANGIE

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE *

JULIANA

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

FERNANDEZ

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

BOLIVAR

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE

3138495869

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

SANITAS PLAZA MAYOR

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NACIO POR CESAREA, ACTUALMENTE SE ENCUENTRA RESFRIADO.

PACIENTE CRONICO *

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

- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [x] Other: NINGUNO

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

☐ Other:

TELEFONO DE CONTACTO *

3138495869

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA SECTOR LA FRONTERA FRENTE A LA FINCA LA HOLANDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PAPA Y MAMA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON FALIA FUNCIONAL PAPA Y MAMA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE OBSERVA NIÑO PROTEGIDO POR SU MADRE POR TAL MOTIVO LO CEPILLAN ADECUADAMENTE.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA EDUCACION EN SALUD ORAL PARA QUE EL LO REALIZE SOLO Y SUS PERSONAS A CARGO LE HAGAN EL REPASO EL CUAL ESTA INDICADO HASTA LOD 9

AÑOS

FAMILIARES *

SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES PARA REALIZAR UNA BUENA HIGIENE ORAL EN EL NUCLEO FAMILIAR

INSTITUCIONALES *

SE INVITAR A PARTICIPA DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR LA SECRETARIA DE SALUDO EN SU EPS SEGUN CORRESPONDA.

Observaciones / hallazgos encontrados

PACIENTE CONCENTIDO YA QUE ES HIJO UNICO Y EL MENOR DE LA FAMILIA POR ESTO NO LE EXIGEN EL ALGUNOS MOMENTOS, SIN EMBARGO LA MADRE REPORTA SER JUICIOSO PARA LA HIGIENE 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

Submitted files

20.1 LIAN GUTIERREZ - ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

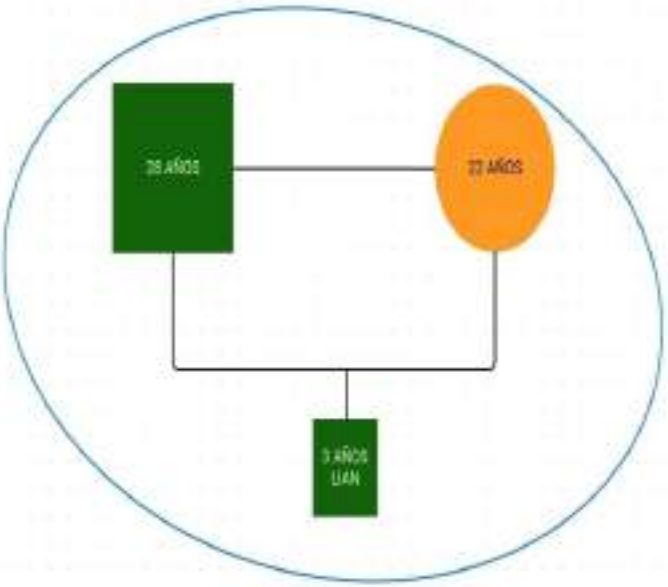
Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: LIAN GUTIERREZ
EDAD: 3 AÑOS
DOCUMENTO: R.C: 1072680156
EPS: SALUD TOTAL - CONTRIBUTIVO
CELULAR:3138495869
VEREDA: BOJACA 2
SECTOR: FRENTE A LA FINCA LA HOLANDA



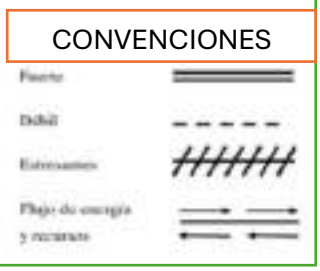
FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 1:48 p.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

YOHANA GARZON

MOTIVO VISITA *

VISITA DE SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 17 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ANGIE

SEGUNDO NOMBRE

JULIANA

PRIMER APELLIDO *

FERNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO

BOLIVAR

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1003661160

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

03 / 03 / 2003

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 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: *

REPORTA SER SANA COMPLETAMENTE

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

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
- [ ] Other:

TELEFONO DE CONTACTO *

3138495869

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

VEREDA BOJACA - SECTOR LA FRONTERA - FRENTE A FINCA LA HOLANDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

3 H

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PAREJA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON SU NUCLEO FAMILIAR PAREJA E HIJO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE OBSERVO NO ASISTIR A CONSULTA ODONTOLOGICA YA HACE MAS DE 1 AÑO Y SE CEPILLA 2 VECES AL DI POCA SEDA DENTAL Y ENJUAGUE BUCAL.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE EDUCA EN HABITOS DE BUENA HIGIENE ORAL Y SE RECOMIENDA IR AL ODONTOLOGO LO MAS PRONTO POSIBLE.

FAMILIARES *

SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES SOBRE UN BUEN CEPILLADO ORAL Y MOMENTOS ADECUADOS.

INSTITUCIONALES *

SE INVITAN A PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES DE P Y P ORGANIZADA POR LA SECRETARIA DE SALUD O POR LA EPS SEGUN CORRESPONDA.

Observaciones / hallazgos encontrados

PACIENTE CON INICIATIVA PARA OBTENER BUENOS HABITOS DE HIGIENE 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

Submitted files

21.1 ANGIE JULIANA FERNANDEZ BOLIVAR - ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

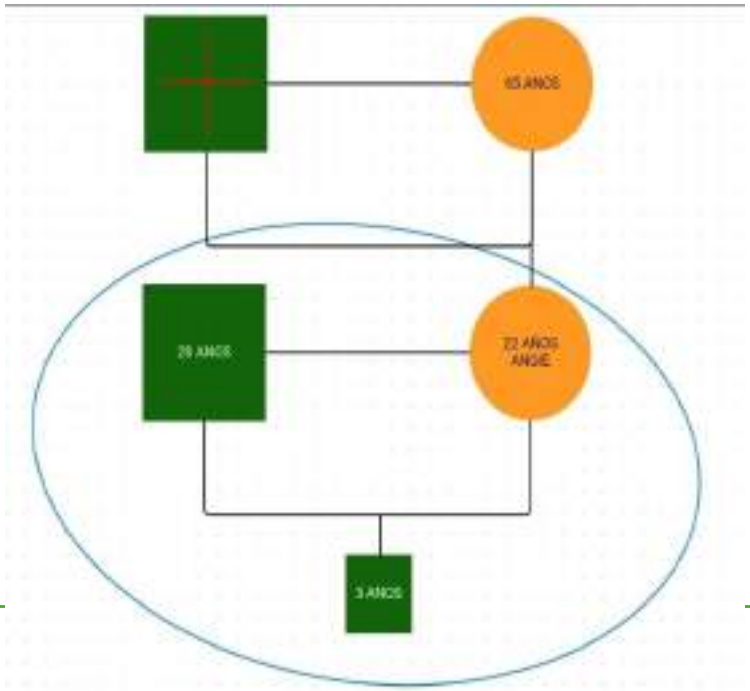
Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: ANGIE JULIANAFERNANDEZ BOLIVAR
EDAD: 22 AÑOS
DOCUMENTO: C.C: 1003661160
EPS: COOPSALUD - SUBSIDIADO
CELULAR:3138495869
VEREDA: BOJACA 2
SECTOR: FRENTE A LA FINCA LA HOLANDA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



Gmail martha rocio torres p <odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com>

Thanks for filling out this form: PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

1 mensaje

Forms Response Receipts <forms-receipts-noreply@google.com> 22 de febrero de 2026 a las 2:03 p.m.
Para: odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

Google Forms

Thanks for filling out this form:
PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

⚠ You're receiving this email because you filled out the following form using your email address. Make sure you recognize and trust this form before copying or clicking on any links. If it looks suspicious, **report it**. The content of this form is not created or endorsed by Google.

Here's what was received.

Edit response

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 2

Email *

odontomyofuncionalmrtpchia@gmail.com

REMITIDO POR: *

YOHANA GARZON

MOTIVO VISITA *

VISITAS DE SEGUIMIENTO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

MM DD YYYY

02 / 17 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

CRISTIAN

SEGUNDO NOMBRE

DAVID

PRIMER APELLIDO *

FERNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO

BOLIVAR

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1003661167

FECHA DE NACIMIENTO *

MM DD YYYY

05 / 01 / 2000

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

CLINICA CHIA

Antecedentes Personales en Salud: *

NO REPORTA NINGUNA ENFERMEDAD

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

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
- [ ] Other:

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 *

VEREDA BOJACA SECTOR LA FRONTERA FRENTE A LA FINA LA HOLANDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE SOLO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE QUE HACE MAS DE 1 AÑO NO VISITA AL ODONTOLOGO, SE OBSERVA ESMALTE DENTAL MANCHADO POSIBLEMENTE Y NOP MUY BUENOS HABITOS DE HIGIENE ORAL

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE EDUCA SOBRE LA IMPORTANCIA DE TENER UNA BUENA HIRGE ORAL Y LA VISITA AL ODODNTOLOGO AL MENOS 1 VEZ AL AÑO

FAMILIARES *

SE DAN INDICACIONES Y RECOMENDACIONES A NIVEL DE SALU ORAL

INSTITUCIONALES *

SE INVITAN A PARTICIPAR DE LAS ACTIVIDADES DE P Y P ORGANIZADAS POR LA SECRETARIA DE SALUD COMO (B RIGADAS ETC) O EN SU EPS SEGUN CORRESPONDA

Observaciones / hallazgos encontrados

PACIENTE NERVIOSO Y APENADO QUE NO QUIERE ASISTIR A CONSULTA POR MOTIVOS DE MALTRATO EN SUS AÑOS ANTERIORES Y MIEDOS ADQUIRIDOS .

Talla

Peso

.....

Frecuencia respiratoria

.....

Frecuencia cardiaca

.....

Saturación de oxigeno

.....

Tensión arterial

.....

Perímetro braquial

.....

Perímetro abdominal

.....

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

Submitted files

22.2 CRISTIAN DAVID FERNANDEZ - ECO - martha rocio torres p.pdf

Create your own Google Form

Does this form look suspicious? Report

DATOS BASICOS

NOMBRE COMPLETO: CRISTIAN DAVID FERNANDEZ
EDAD: 25 AÑOS
DOCUMENTO: C.C: 1003661167
EPS: NUEVA EPS - CONTRIBUTIVO
CELULAR:3202961739
VEREDA: BOJACA 2
SECTOR: FRENTE A LA FINCA LA HOLANDA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



CONVENCIONES



	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: Alba Paola Parra Torres P

FECHA DE LA ACTIVIDAD: Febrero / 2026

ACTIVIDAD REALIZADA: Visitas externas Hogar

LUGAR: La Balsa - Parqueadero Tiquiza Bogotá.

DIRECCION: Vereda de Chía

TELEFONO: 3213232176

CORREO: Coordinadorapicchia@gmail.com

Nº ASISTENTES

GENERO	CICLO VITAL									TOTAL
Ciclo Vital	0 A 5	6 A 11	12 A 18	19 A 28	29 A 59	60 y mas	Victimas	Discapacidad	Grupos étnicos	
F	3	1	1	2	3	2	—	—	—	12
M	1	2	1	2	2	2	—	—	—	10
Total	4	3	2	4	5	4	—	—	—	22

CERTIFICADO POR:

NOMBRE: Jessica Alicia Rodriguez D

CARGO: Coordinadora Pic

FIRMA:

IDENTIFICACION: 52967107

ACTIVIDADES REALIZADAS: Salud Oral promocion y prevencion en salud Oral.

FIRMA EJECUTOR: Alba Paola Parra Torres P

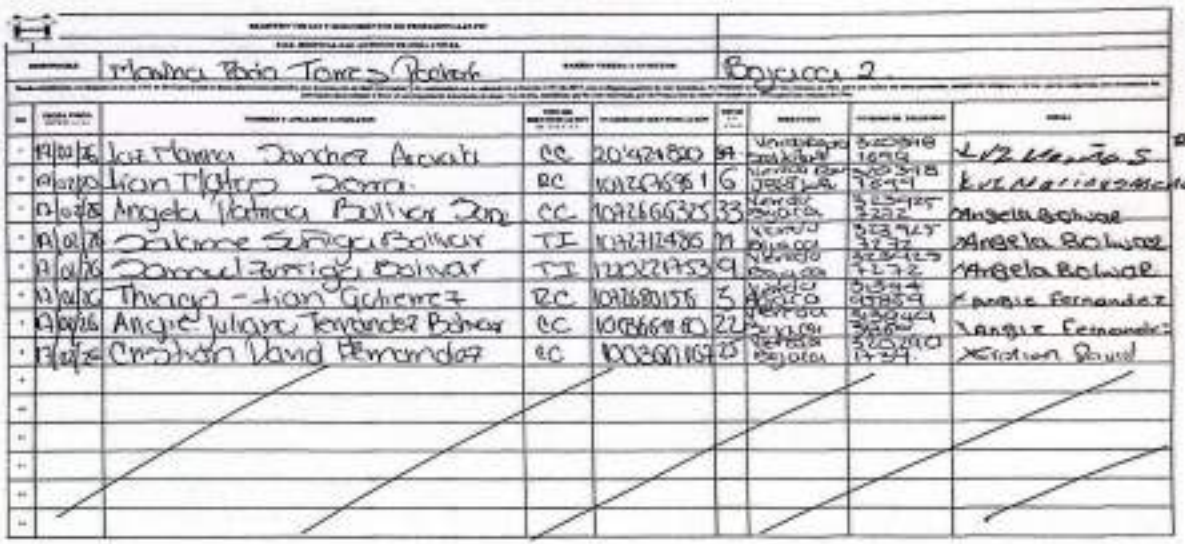
OBSERVACIONES:

Powered by CamScanner



RESPONSABLE	Tatiana Rocio Torres P				La Bolsa - Tanqueta - Tiquiza			
No.	FECHA VISITA	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION	EDAD EN AÑOS	DIRECCION	NUMERO DE TELEFONO	FIRMA
1	3/02/26	Carmen Bueno de Bueno	CC	20461956	76	La Bolsa Tanqueta	3128917316	Carmen Bueno
2	3/02/26	Arturo Bueno Aldana	CC	79982790		La Bolsa Tanqueta	3118781082	Arturo Bueno
3	6/02/26	Darwin de Jesus Ortega Montero	CC	1081925784	30	Tanque la Pichanera	3145891738	Darwin
4	6/02/26	Yanireiny Isabis Quintero Leon	CE	1038962238	19	Tanque la Pichanera	3143491478	Y. Quintero
5	6/02/26	Yorkelis del Carmen Colmenares Ramirez	PPT	8019194	30	Tanque la Pichanera	3167223262	Yorkelis Rodriguez
6	6/02/26	Samara Valentina Colmenares Ramirez	RC	1027683139	7m	Tanque la Pichanera	3167223262	Yorkelis Rodriguez
7	6/02/26	Gisela del Carmen Carcamo Garcia	CC	1050962398	46	Tanque la Pichanera	3167223262	Yorkelis Rodriguez
8	6/02/26	Jonaiker Jose Rodriguez Leon	PPT	8019188	30	Tanque la Pichanera	3167223262	Yorkelis Rodriguez
9	6/02/26	Gisela del Carmen Carcamo Garcia	CC	1050962398	46	Tanque la Pichanera	3167223262	Gisela Carcamo
10	6/02/26	Edward Edin Estevez Cabarca	CE	81502599	44	Tanque la Pichanera	3167223262	Edward Estevez
11	6/02/26	Jhon Manuel Carcamo Garcia	CE		20	Tanque la Pichanera	3242986761	Jhon Carcamo
12	13-02-26	Pablo Tatiana Tarazona	CC	79161748	65	Tiquiza	3215821515	Pablo Tatiana
13	13-02-26	Juan Carlos Quecan Ramon	CC	1134871440	39	Tiquiza	3144307779	Juan Carlos
14	13/02/26	Jessika Juana Sanchez Tibaquira	CC	1092709260	30	Tiquiza	3209454468	Jessika Sanchez

Powered by CamScanner



		Monica Maria Torres Bolivar			Bogotá 2			
1	19/01/26	Luz Marina Sanchez Arevalo	CC	20'424820	59	Vendedor	1699	Luz Marina S.
2	19/01/26	Lian Tatiana Zarta	RC	1012696961	6	Estudiante	1894	Lian Natalia Zarta
3	19/01/26	Angela Monica Bolivar Zea	CC	1026666325	33	Vendedor	3202	Angela Bolivar
4	19/01/26	Salome Suarez Bolivar	TI	1023112486	11	Estudiante	3237	Angela Bolivar
5	19/01/26	Samuel Suarez Bolivar	TI	1122221953	9	Estudiante	1272	Angela Bolivar
6	19/01/26	Thiago Lian Gutierrez	RC	1026801556	3	Vendedor	03844	Angie Fernandez
7	19/01/26	Angie Juliana Fernandez Bolivar	CC	1026668180	22	Vendedor	3266	Angie Fernandez
8	19/01/26	Cristian David Fernandez	CC	1003801167	23	Vendedor	1294	Cristian David
9								
10								
11								
12								
13								
14								

Powered by CamScanner