EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION ARTERIAL, HIPERTENSION PULMONAR?, EPOC, NEFROTOMIA POR CANCER?

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [x] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo
- [x] Epoc
- [ ] Asma

- [ ] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

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

- [ ] GESTANTE
- [ ] PUERPERA
- [ ] Otro: .....

TELEFONO DE CONTACTO *

3107556364

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

DIVORCIAD@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

2 HERMANAS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

BAJO ESTADO DE ANIMO. SIENTE QUE HA PERDIDO INDEPENDENCIA POR TENER OXIGENO CONSTANTE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

USUARIO CON OXIGENO A 2,5 L/MIN. TOMA DE SIGNOS VITALES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DAN INDICACIONES DE USO CORRECTO DE LOS INHALADORES, EJERCICIOS DIAFRAGMATICOS Y CONTINUAR CON OXIGENO PERMANENTE A 2,5 L/MIN

FAMILIARES *

SE EDUCA EN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

INSTITUCIONALES *

CONTINUAR EN SUS CONTROLES CON MEDICO INTERNISTA

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1,68

Peso

72

Frecuencia respiratoria

24

Frecuencia cardiaca

83

Saturación de oxigeno

80 A 2 L/MIN Y 88 A 2,5 L/MIN

Tensión arterial

120/85

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

GUILLERMO ALDANA - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

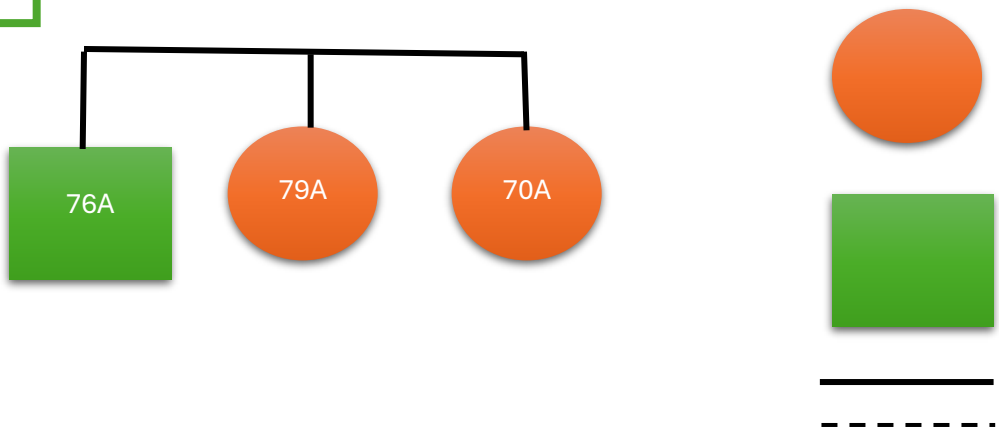
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BÁSICOS

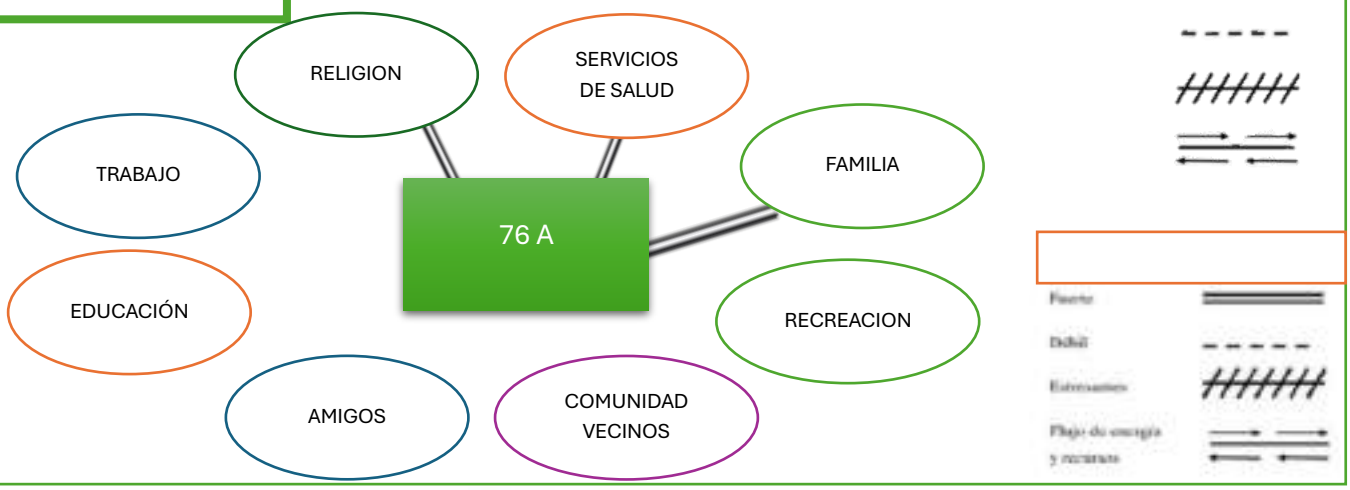


NOMBRE COMPLETO:
GUILLERMO ALDANA SANCHEZ
EDAD: 76 AÑOS
DOCUMENTO: CC 215708
EPS: NUEVA EPS– CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3107556364
VEREDA: BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail

María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 10 de febrero de 2026 a las 22:25
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

MARIA EUGENIA - BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ROBERTO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

ALDANA

SEGUNDO APELLIDO

SANCHEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

2994422

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

04 / 09 / 1953

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

SALUD TOTAL

Antecedentes Personales en Salud: *

ANSIEDAD

PACIENTE CRONICO *

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

- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3212768533

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR RINCON SANTO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

4 MUJERES: 39 A, 37 A, 30 A, 23 A

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

FUMADOR DE 3 CIGARRILLOS DIARIOS

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE HACE ENFASIS EN LOS EFECTOS PERJUDICIALES DEL TABACO. MANTENER LA HABOTACION CON BUENA VENTILACION. TOMA DE SIGNOS VITALES

FAMILIARES *

SE DAN INDICACIONES DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

INSTITUCIONALES *

CONTINUAR CON CONTROLES MEDICOS

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1,72

Peso

91

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

80

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

111/79

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

ROBERTO ALDANA SANCHEZ - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

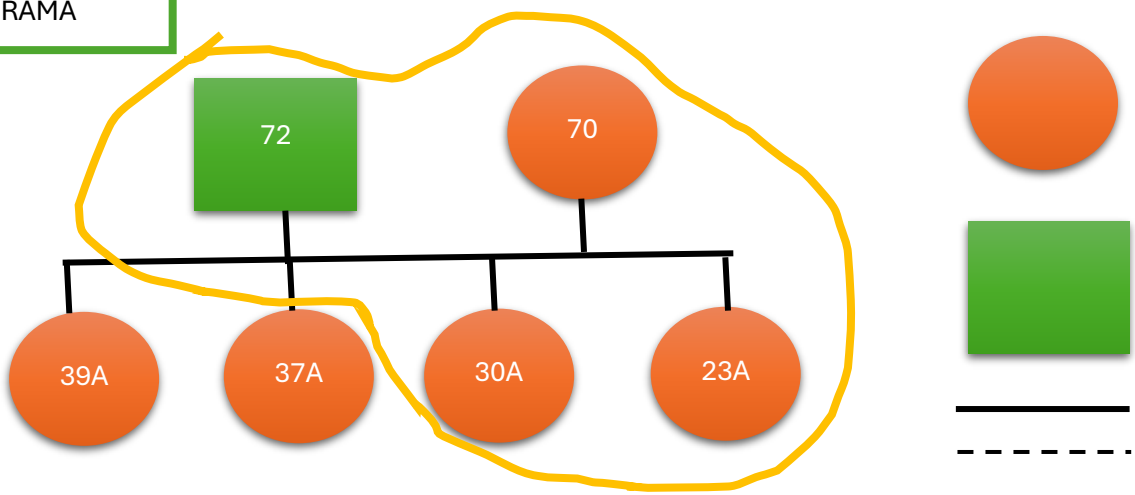
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BÁSICOS

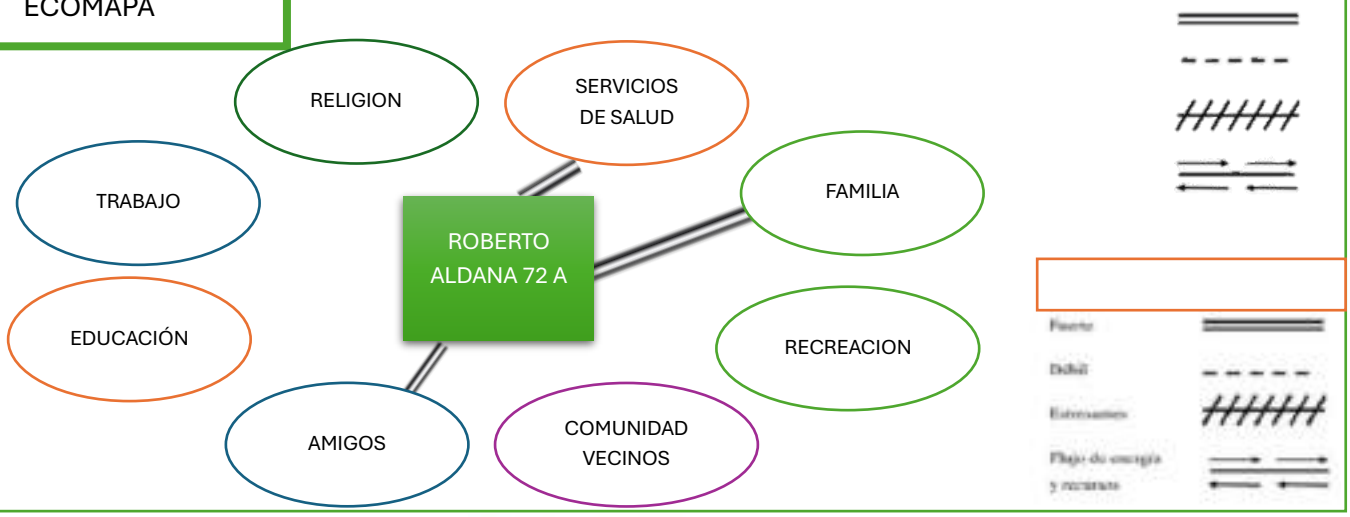
NOMBRE COMPLETO:
ROBERTO ALDANA SANCHEZ
EDAD: 72 AÑOS
DOCUMENTO: CC 2994422
EPS: SALUD TOTAL – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 321 276 8533
VEREDA: BALSA
SECTOR: RINCON SANTO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail

María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 10 de febrero de 2026 a las 22:16
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

MARIA EUGENIA - BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

REGINA

PRIMER APELLIDO *

POVEDA

SEGUNDO APELLIDO

MORA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

20472308

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

24 / 10 / 1960

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Nueva EPS

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Clínica Chía

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

DISLIPIDEMIA, DIABETES?, HIGADO GRASO

PACIENTE CRONICO *

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

- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [x] Otro: HIGADO GRASO

POBLACION DIFERENCIAL *

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3118781082

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ LA BALSA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LOS CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

4: H 38A, H 36A, M 34A, M 31A

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE TOMAN SIGNOS VITALES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DAN INDICACIONES DE SIGNOS Y SINTOMAS RESPIRATORIOS. ACTIVIDAD FISICA

FAMILIARES *

HABITOS DE VIDA SALUDABLE

INSTITUCIONALES *

SEGUIR CONSULTANDO AL MEDICO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1,60

Peso

62

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

58

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

132/88

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

MARIA REGINA POVEDA MORA - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

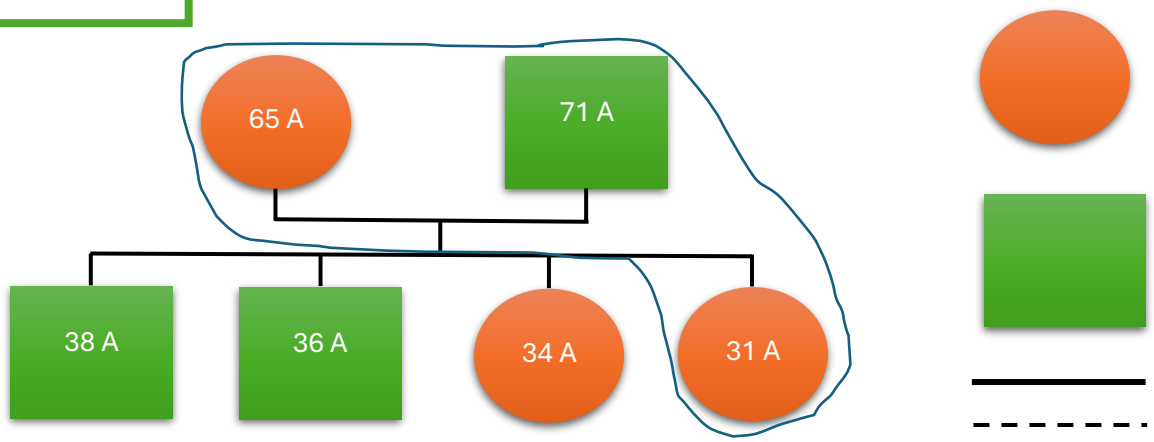
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BÁSICOS

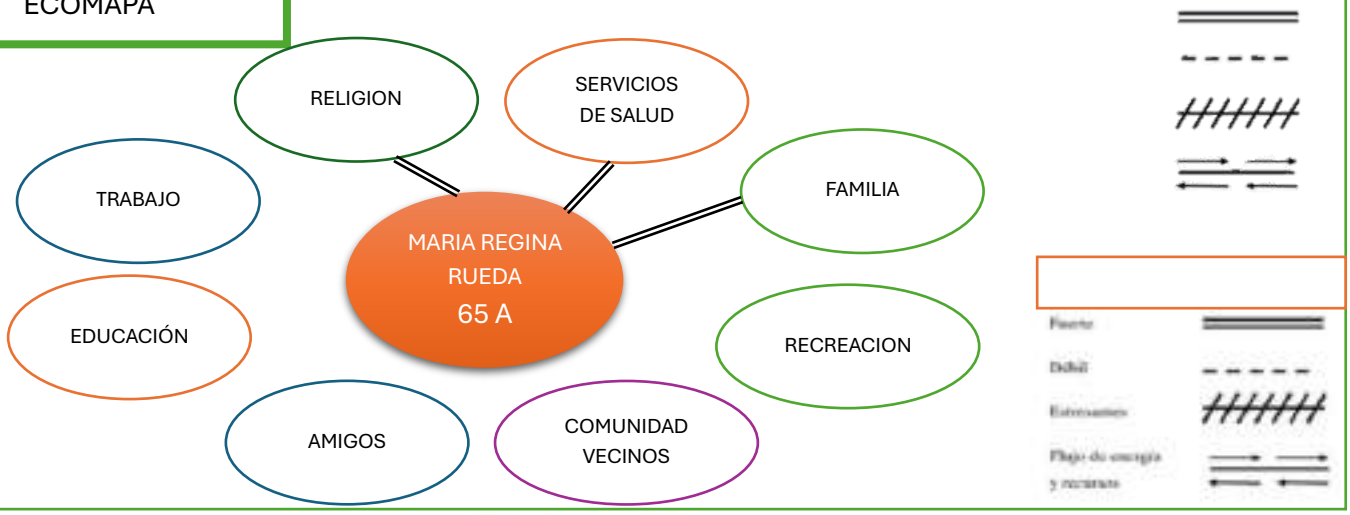
NOMBRE COMPLETO:
MARIA REGINA POVEDA MORA
EDAD: 65 AÑOS
DOCUMENTO: CC 20472308
EPS: NUEVA EPS – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 311 878 1082
VEREDA: BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail

María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 10 de febrero de 2026 a las 22:24
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - LA BALSA

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

MARIA EUGENIA - BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

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 *

DD MM AAAA

09 / 10 / 1954

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

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
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3143214892

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 *

SECTOR LOS CAOBOS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

4: H 38A, H 36A, M 34A, M 31A

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

MANIFIESTA SENTIRSE TRISTE POR MUERTE DE UN HERMANO HACE 6 MESES. SIGNOS VITALES Y PLAN INTEGRAL. GRIPA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE EDUCA EN SIGNOS Y SINTOMAS DE IRA. AUMENTAR INGESTA DE LIQUIDOS Y TENER PRECAUCION CON LOS CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA

FAMILIARES *

INDICACIONES DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y HABITOS DE VIDA SALUDABLES

INSTITUCIONALES *

ASISTIR AL CONTROL PROGRAMADO EN MARZO CON RESULTADOS DE LABORATORIO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1,60

Peso

70

Frecuencia respiratoria

24

Frecuencia cardiaca

84

Saturación de oxigeno

95

Tensión arterial

121/78

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

ARTURO BUENO - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

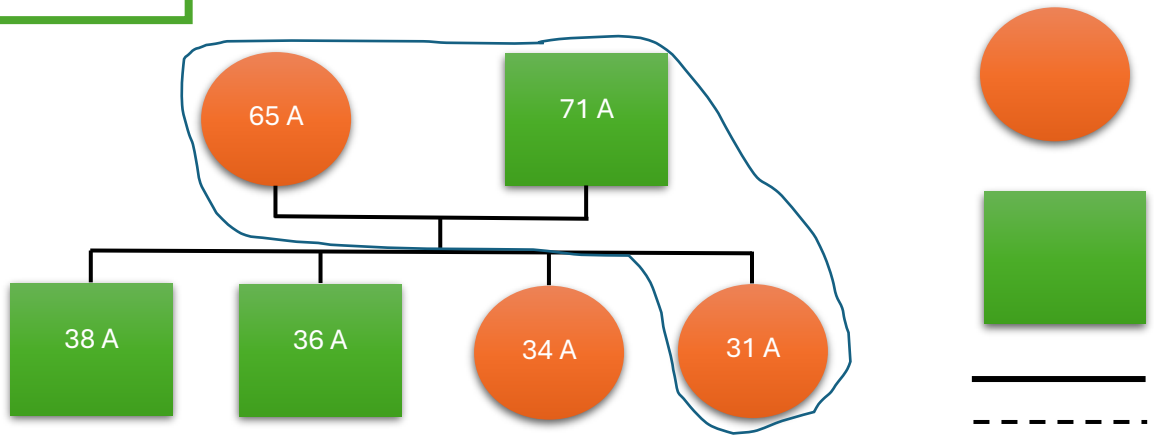
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO" - CHÍA NIT. 899.999.156-1

DATOS BÁSICOS

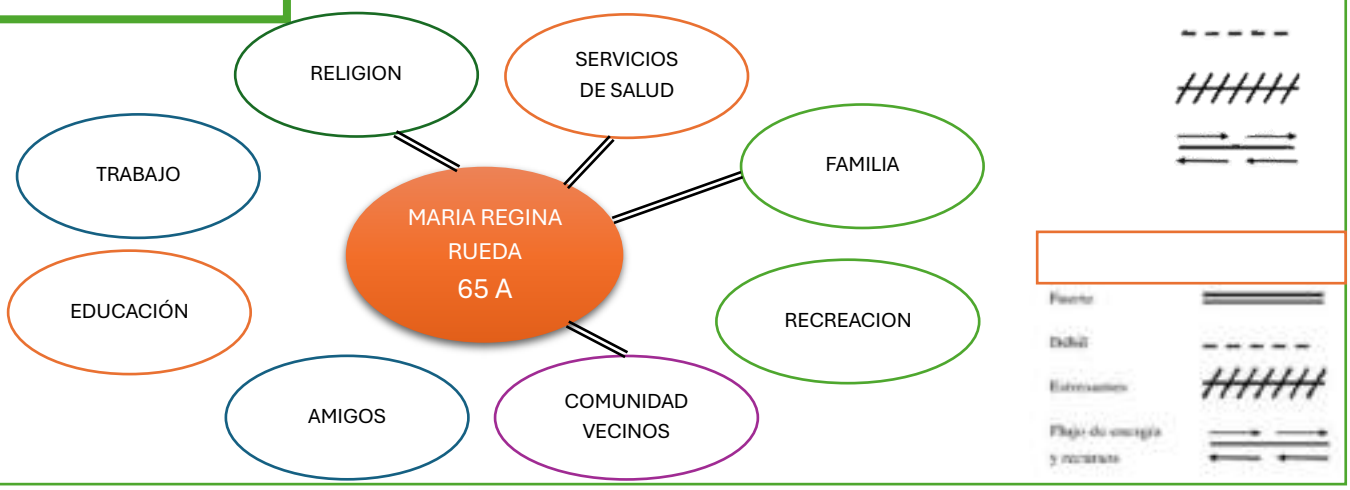


NOMBRE COMPLETO:
ARTURO BUENO ALDANA
EDAD: 71 AÑOS
DOCUMENTO: CC 2993290
EPS: NUEVA EPS – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 314 321 4892
VEREDA: BALSA
SECTOR: LOS CAOBOS

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail **María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 11 de febrero de 2026 a las 13:09
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

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

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

GINA ARDILA - AUXILIAR DE ENFERMERIA

MOTIVO VISITA *

REMITIDA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ANA

SEGUNDO NOMBRE

LILIANA

PRIMER APELLIDO *

RODRIGUEZ

SEGUNDO APELLIDO

SARMIENTO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

35197400

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

24 / 12 / 1980

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

CONVULSIONES, SIRINGOMIELIA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3212506522

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

YERBABUENA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

CERCA A LA TIENDA KAVAR

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

1 HIJA, M 22A

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PADRE, MADRE Y HERMANA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ALGUNOS DÍAS HA ESTADO BAJA DE ANIMO A CAUSA DE LA ENFERMEDAD

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

USUARIA REFIERE CANSANCIO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE HACE ENFASIS EN EJERCICIO DIFRAGMATICO, TECNICAS DE RESPIRACION

FAMILIARES *

EDUCACION EN SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DE IRA

INSTITUCIONALES *

CONTINUAR CON CONTROLES MEDICOS

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1,57

Peso

57

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

77

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

120/70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

ANA LILIANA - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

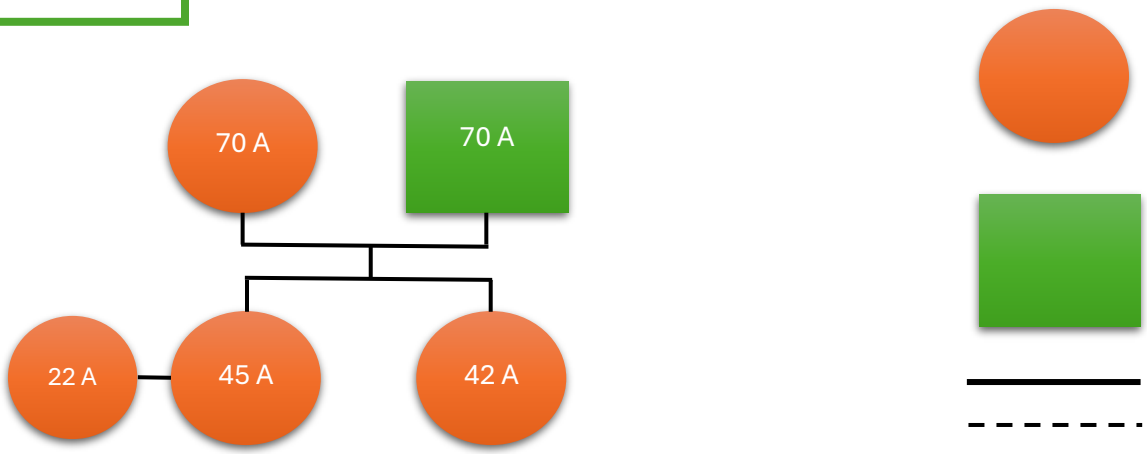
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO" - CHÍA NIT. 899.999.156-1

DATOS BÁSICOS

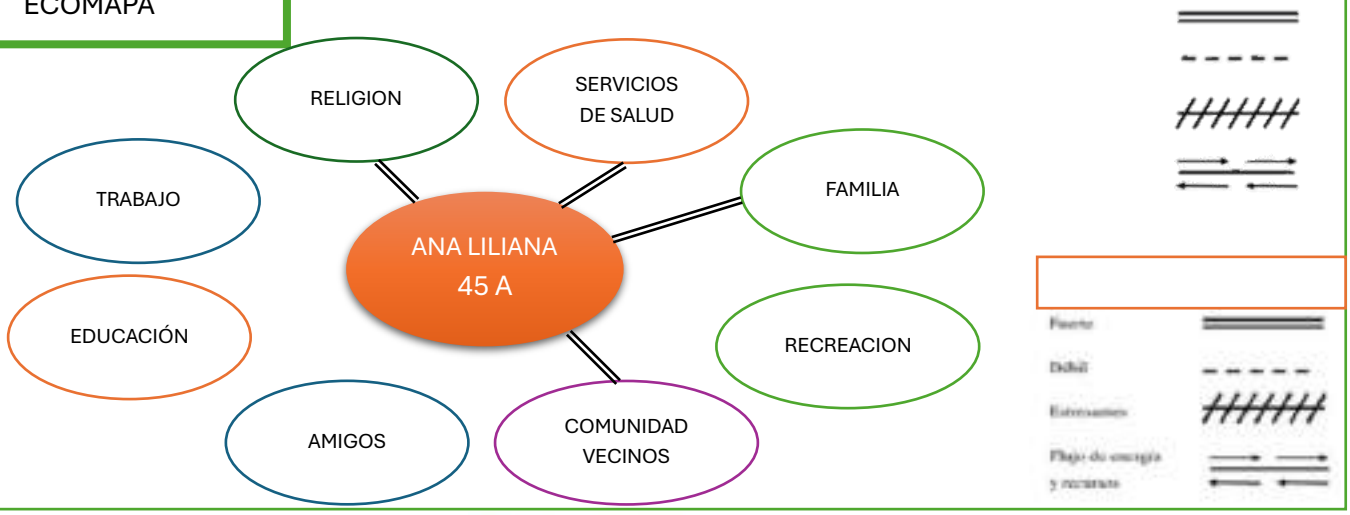
NOMBRE COMPLETO:
ANA LILIANA RODRIGUEZ SARMIENTO
EDAD: 45 AÑOS
DOCUMENTO: CC 35197400
EPS: COMPENSAR – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 321 250 6522
VEREDA: YERBABUENA
SECTOR: CERCA A LA TIENDA KAVAR



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



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

Gmail **María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 11 de febrero de 2026 a las 14:22
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

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

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

GINA ARDILA - AUXILIAR ENFERMERIA

MOTIVO VISITA *

REMITIDO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ALFONSO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

MORENO

SEGUNDO APELLIDO

BELTRAN

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

215604

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

28 / 11 / 1945

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION ARTERIAL, DIABETES, EPOC

PACIENTE CRONICO *

- [x] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3125472825

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

YERBABUENA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

FRENTE A LAS CABALLERIZAS

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

VIUD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

3 HOMBRES, 50A, 48A, 46A

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

BUEN ESTADO DE ANIMO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

OXIGENODEPENDIENTE A 2,5 L/MIN

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DAN INDICACIONES DE LIMPIEZA DEL EQUIPO DE CONCENTRADOR Y AL TOMAR LA OXIGENACION SE DECIDE DEJARLO A 2 L/MIN. SE DAN INDICACIONES DE SIGNOS DE ALARMA

FAMILIARES *

SE DA INDICACION A LA FAMILIA DE REALIZAR LAVADOS NASALES CON SUERO FISIOLOGICO UNA VEZ AL DIA. SUSPENDER OXIMETAZOLINA. EN EL DIA, A NECESIDAD EL OXIGENO, Y EN LA NOCHE, PERMANENTE A 2 L/MIN (CANULA NASAL)

INSTITUCIONALES *

CONTINUAR EN CONTROLES CON MEDICO DE CRONICO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1,66

Peso

66

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

85

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

110/80

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

ALFONSO MORENO - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

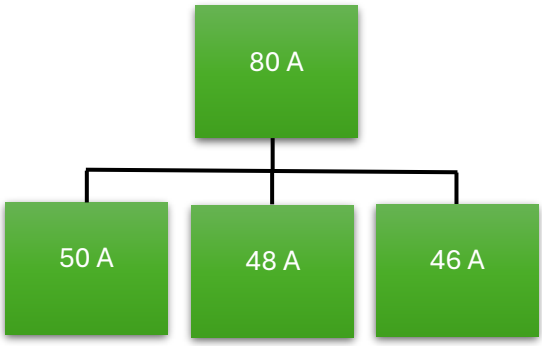
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO" - CHÍA NIT. 899.999.156-1

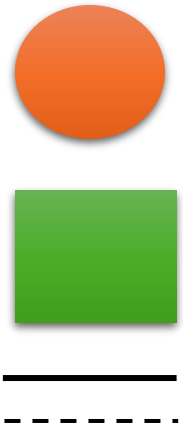
DATOS BÁSICOS



NOMBRE COMPLETO:
ALFONSO MORENO BELTRAN
EDAD: 80 AÑOS
DOCUMENTO: CC 215604
EPS: COMPENSAR – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 312 547 2825
VEREDA: YERBABUENA
SECTOR: FRENTE A LAS CABALLERIZAS

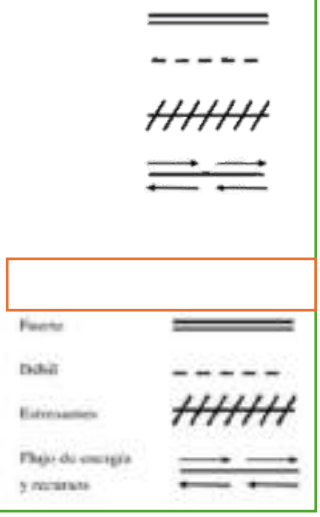
FAMILIOGRAMA





ECOMAPA





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

Gmail **María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 13:52
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

AUXILIAR ENFERMERIA MELLISA

MOTIVO VISITA *

REMITIDA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

YHOANNIS

SEGUNDO NOMBRE

MAYLEN

PRIMER APELLIDO *

FERNNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO

MIJAREZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula Extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

22692693

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

13 / 03 / 1995

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: *

HIPERTENSION GESTACIONAL, ASMA BRONQUIAL

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3203186809

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR POZO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

H 14 años M 5 meses

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

esposo 32 años

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ENTORNO FAMILIAR ADECUADO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

USUARIA A LA VALORACIO CON SIBILIANCIAS ESPIRATORIAS EN HEMITORAX IZQUIERDO, CON SATURACION NORMAL , NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MANIFIESTA TOS SECA FALTA DE AIRE, SE RECOMIENDA CONTINUAR CON BUDECORT

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA INDICACIONES DE USO DEL INHALADOR, VENTILACION DE LA VIVIENDA.EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA.

FAMILIARES *

SE DA INDICACIONES AL NUCLEO FAMILIAR SOBRE LOS 3 MENSAJES CLAVES DE IRA

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA IR A MIGRACION COLOMBIA PARA ADQUIRIR EL PPT Y PODERSE AFILIAR A LA EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

93

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

128/76

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

PDF YHOANNYS MAYLEN FERNANDEZ - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

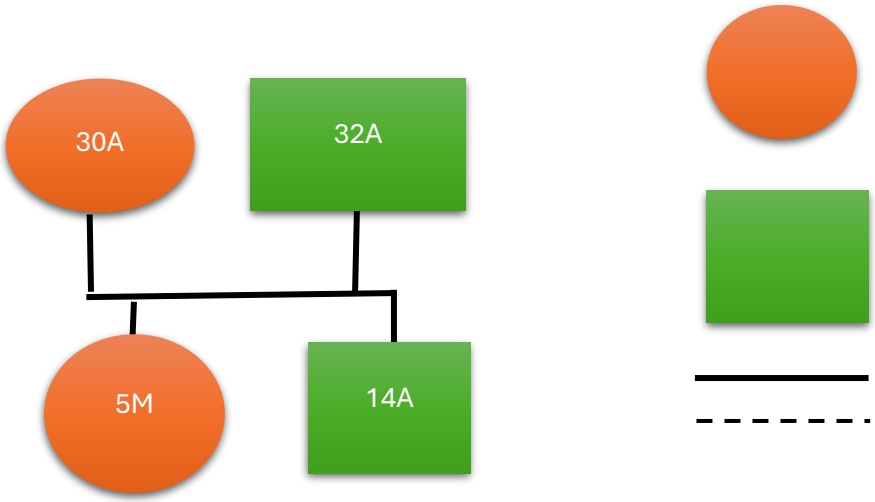
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO" - CHÍA NIT. 899.999.156-1

DATOS BÁSICOS

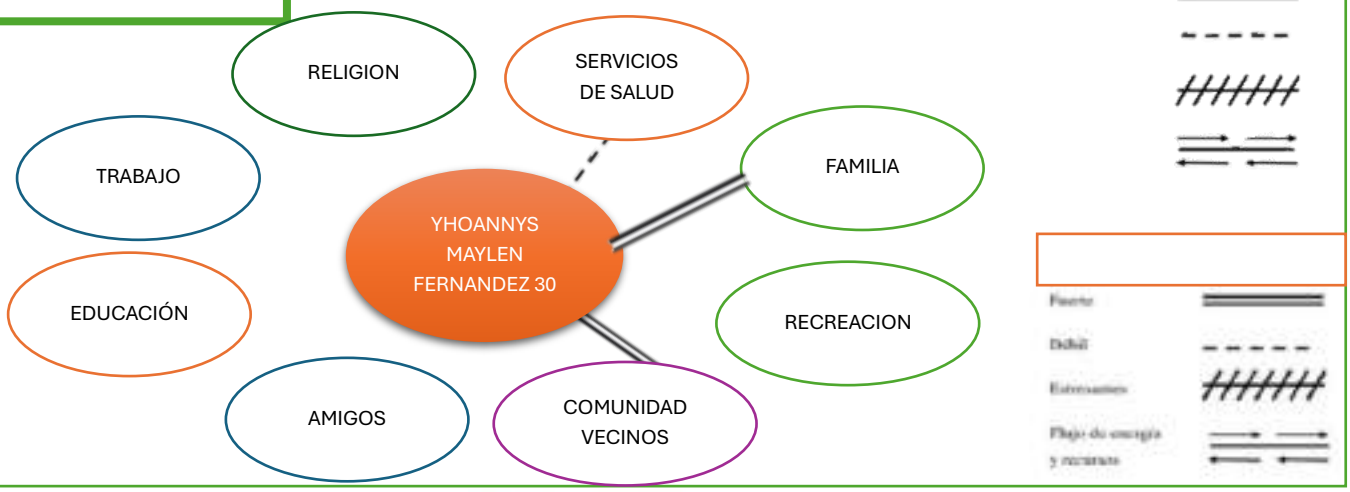
NOMBRE COMPLETO:
YHOANNYS MAYLEN FERNANDEZ
EDAD: 30 AÑOS
DOCUMENTO: Cedula extranjería 22692693
EPS: NINGUNA
CELULAR: 3203186809
VEREDA: BOJACA
SECTOR: SECTOR POZO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail **María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 13:39
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

DORIELT

SEGUNDO NOMBRE

NAYELIS

PRIMER APELLIDO *

ZAMBRANO

SEGUNDO APELLIDO

FERNANDEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1075695328

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

24 / 08 / 2025

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

YHOANNYS

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

MAYLEN

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

FERNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

MIJAREZ

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3203186809

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: *

PREMATUREZ, BAJA DE PESO, ALERGICA A LA PROTEINA DE VACA

PACIENTE CRONICO *

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

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

☐ Otro:

TELEFONO DE CONTACTO *

3203196809

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PADRE, MADRE, HERMANO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NINGUN FACTOR DE RIESGO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE VALORA MENOR , ALERTA , CON ALIMENTACION LECHE MATERNA, SUPLEMENTO CON NAN1, RINORREA, A LA AUSCULTACION NO SOBREAGREGADOS PULMONARES.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA INDICACIONES A LA MADRE PARA REALIZAR LAVADOS NASALES CON SUERO FISIOLOGICO.

FAMILIARES *

SE DA INDICACIONES LOS 3 MENSAJES CLAVES DE IRA

INSTITUCIONALES *

CONTINUAR EN CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

59 CM

Peso

5.975

Frecuencia respiratoria

120

Frecuencia cardiaca

30

Saturación de oxigeno

98

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

DORIELT NAYELIS ZAMBRANO FERNANDEZ - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

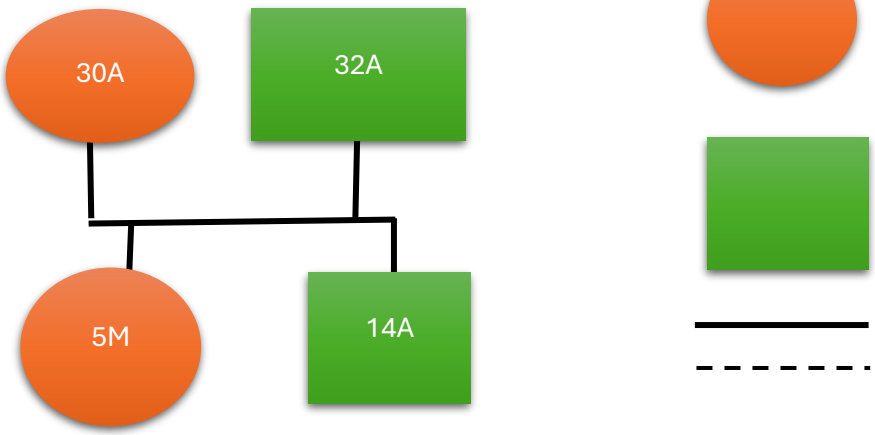
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO" - CHÍA NIT. 899.999.156-1

DATOS BÁSICOS

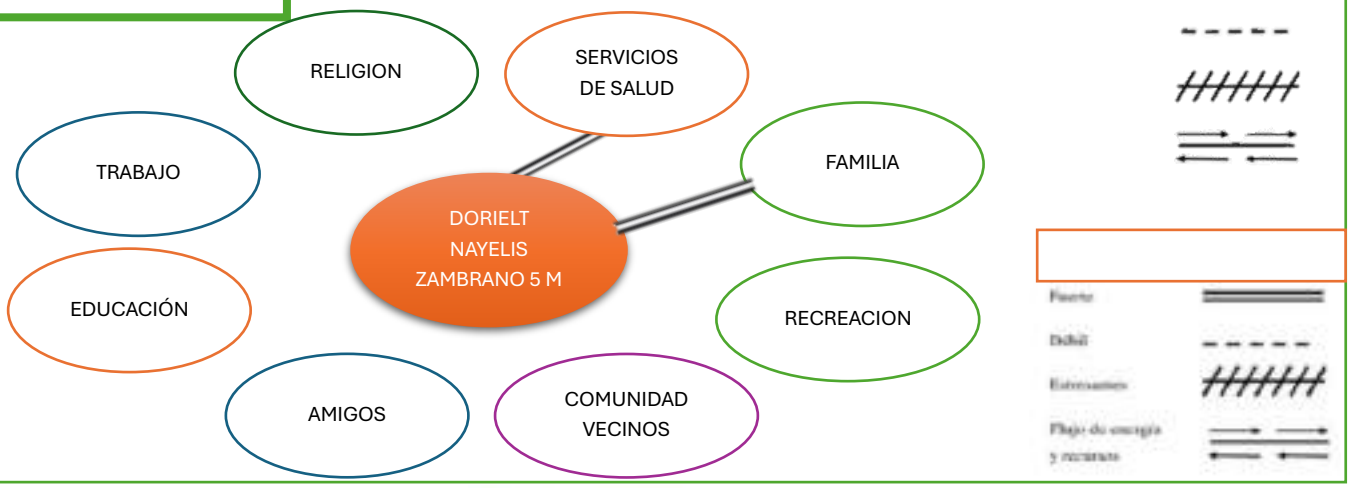


NOMBRE COMPLETO:
DORIELT NAYELIS ZAMBRANO FERNANDEZ
EDAD: 5 MESE
DOCUMENTO: RC 1075695328
EPS: NUEVA EPS– SUBSIDIADO
CELULAR: 320386809
VEREDA:
SECTOR:

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail **María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 13:26
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

KLEIDEMAR

SEGUNDO NOMBRE

STEVEN

PRIMER APELLIDO *

ZAMBRANO

SEGUNDO APELLIDO

SANTANA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula Extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

34980975

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

12 / 06 / 2011

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

YHOANNYS

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

MAYLEN

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

FERNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

MIJARES

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3203186809

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: *

NINGUNA

PACIENTE CRONICO *

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

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

☐ Otro:

TELEFONO DE CONTACTO *

3208915048

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MADRE , MADRE ,HERMANA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NUCLEO FAMILIAR BIEN CONFORMADO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

MENOR MANIFIESTA QUE PRESENTO TOS HACE 20 DIAS SIN COMPLICACIONES, SE TOMA SIGNOS VITALES.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA INDICACIONES DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA , SE EDUCA EN RIESGOS DE TABAQUISMO.

FAMILIARES *

SE RECOMIENDA ACTIVIDAD FISICA, SE ENTREGA FOLLETO CON LOS 3 MENSAJES CLAVES DE IRA

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDADIRIGIRSE A MIGRACION COLOMBIA PÁRA DOCUMENTO PPT , AFILIACION DE EPS .

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.75

Peso

48.3

Frecuencia respiratoria

18 por minuto

Frecuencia cardiaca

24 por minuto

Saturación de oxigeno

97 %

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

KLEYDEMAR STEVEN ZAMBRANO SANTANA - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

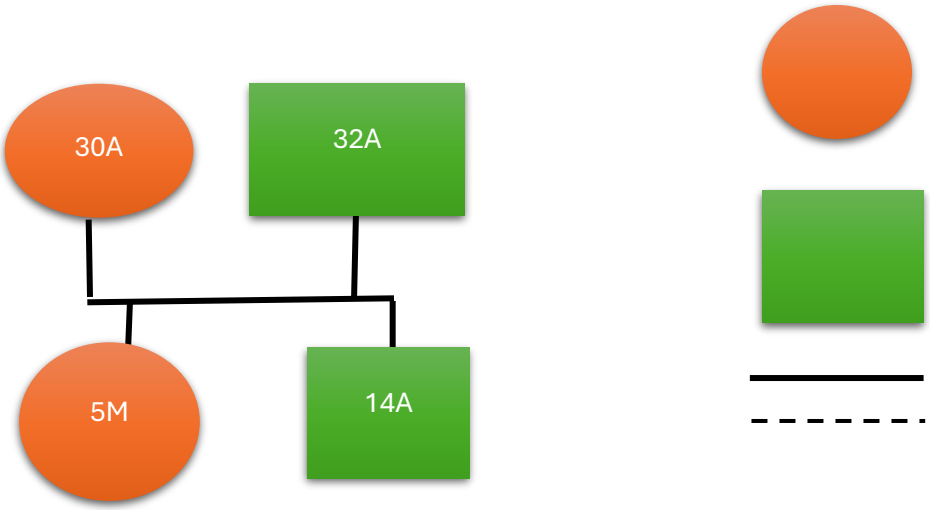
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BÁSICOS

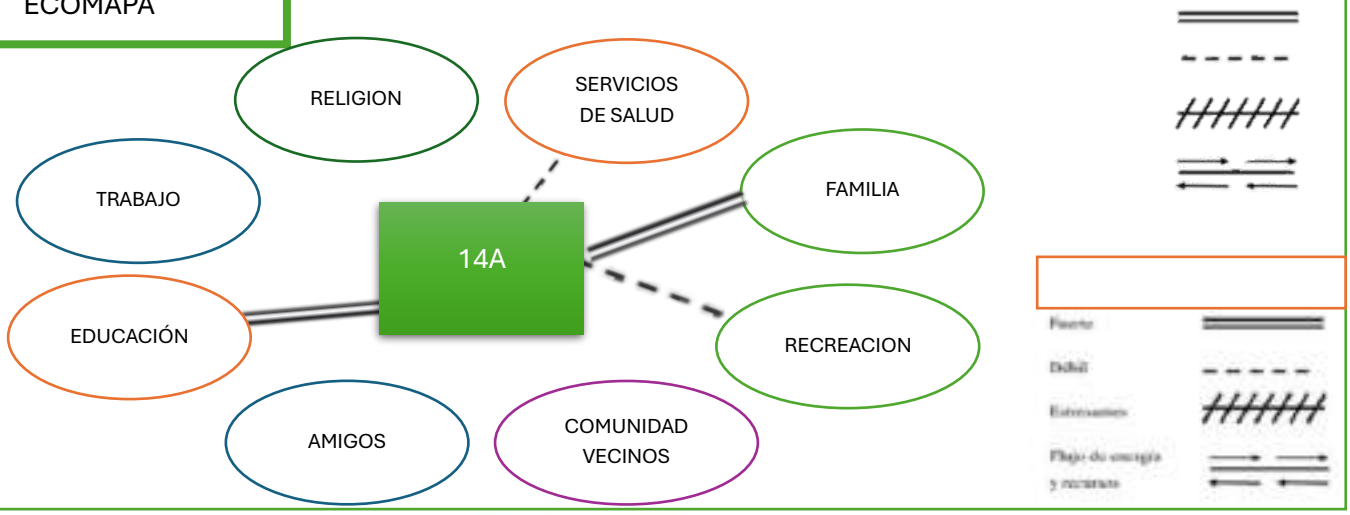
NOMBRE COMPLETO:
KLEYDEMAR STEVEN ZAMBRANO SANTANA
EDAD: 14 AÑOS
DOCUMENTO: ESTRANJERIA 34980975
EPS: NINGUNA –
CELULAR: 3208915048
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail **María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 16:53
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LINA

SEGUNDO NOMBRE

MARCELA

PRIMER APELLIDO *

ACUÑA

SEGUNDO APELLIDO

JIMENEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1003196624

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

19 / 06 / 1998

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

ALERGICA A LOS AIENES, RINITIS,TIENE 15 MESES DE EMBARAZO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3125191870

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR POZO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

HIJO H 6 AÑOS

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

MADRE CABEZA DE HOGAR LABORA EN LA EMPRESA DE FLORES

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

USUARIA TIENE 15 SEMANAS DE EMBARAXO, MANIFIESTA DOLOR DE CABEZA, SE TOMA TENSION ARTERIAL SE ENCUENTRA EN PARAMETROS NORMALES.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA RECOMENDACIONES DE LOS TRES MENSAJES CLAVES DE IRA

FAMILIARES *

CON RESPECTO A LA VIVIENDA SE RECOMIENDA MANTENER BIEN VENTILADO, SE RECOMIENDA HABITOS DE VIDA SALUDABLE

INSTITUCIONALES *

CONTINUAR EN CONTROLES CON SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1,16

Peso

66

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

83

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

103/72

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

LINA MARCELA ACUÑA JIMENEZ - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

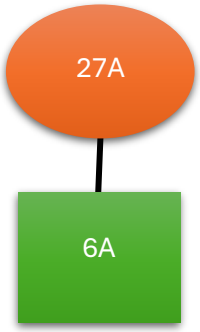
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

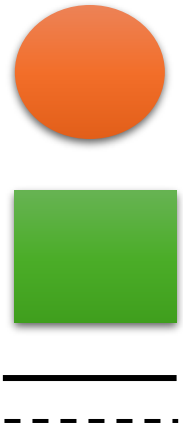
DATOS BÁSICOS

NOMBRE COMPLETO:
LINA MARCELA ACUÑA JIMENEZ
EDAD: 27 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1003196624
EPS: SALUD TOTAL - CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3125191870
VEREDA: BOJACA
SECTOR: SECTOR POZO

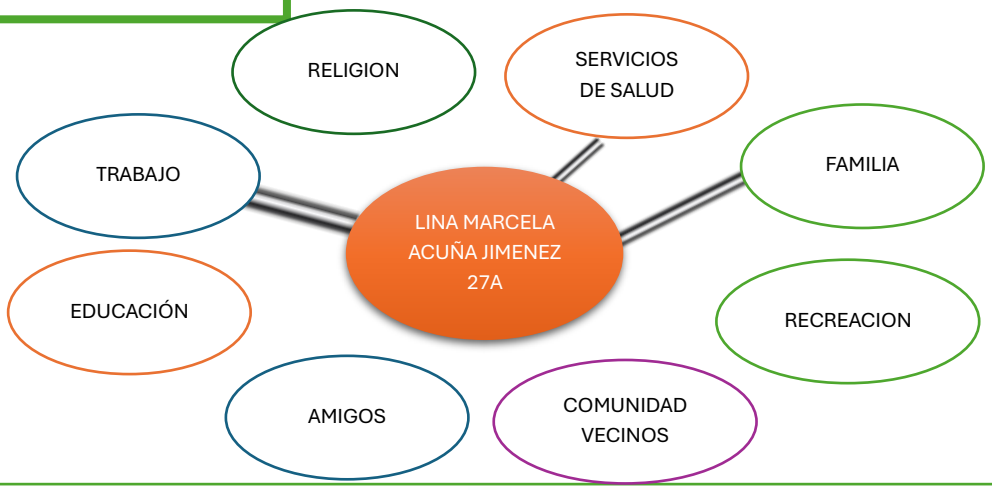


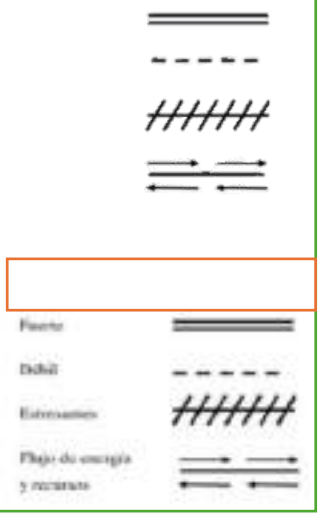
FAMILIOGRAMA





ECOMAPA





Gmail **María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>**

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

1 mensaje

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

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

INES

PRIMER APELLIDO *

BUELVAS

SEGUNDO APELLIDO

RIVERA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1002259254

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

27 / 08 / 2003

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

MUTUALSER

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NIEGA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3042349994

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

- [x] BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR EL POZO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES

H 1 año

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

MADRE TRABAJADORA EN FLORES MADRE CABEZA DE HOGAR

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

USUARIA A LA VALORACION PRESENTA SINTOMAS RESPIRATORIOS.PARAMETROS DE SIGNOS VITALES EN NORMALIDAD.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA INDICACIONES DE CUIDADOS RESPIRATORIOS, LOS 3 MENSAJES DE IRA, HABITOS DE VIDA SALUBLE EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA, AUMENTAR INGESTA DE LIQUIDOS, ALIMENTACION BALANCEADA.

FAMILIARES *

NINGUNO

INSTITUCIONALES *

SE DA INDICACIONES CONTINUAR CONTROLES MEDICINA GENERAL

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

80

Saturación de oxigeno

98%

Tensión arterial

120/75

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

MARIA INES BUELVAS RIVERA - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BÁSICOS

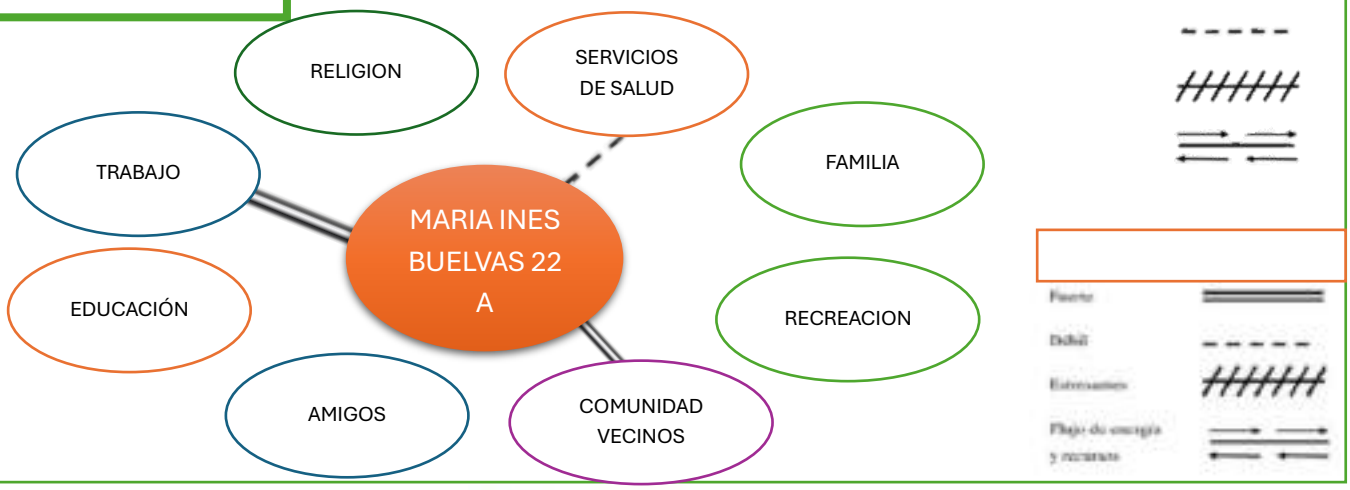
NOMBRE COMPLETO:
MARIA INES BUELVAS RIVERA
EDAD: 22 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1002259254
EPS: MUTUAL SER – SUBSIDIADO
CELULAR: 3042349994
VEREDA: BOJACA
SECTOR: EL POZO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail **María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 14 de febrero de 2026 a las 17:12
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - BOJACA 1

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

11 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

OVER

SEGUNDO NOMBRE

CAMILO

PRIMER APELLIDO *

OROZCO

SEGUNDO APELLIDO

BUELVAS

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1065144798

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

13 / 02 / 2025

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

INES

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

BUELVAS

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

RIVERA

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3042349994

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

MUTUALSER

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NINGUNO

PACIENTE CRONICO *

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

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

☐ Otro:

TELEFONO DE CONTACTO *

3042349994

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

☑ BOJACÁ

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR POZO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MADRE

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON SU MADRE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

MENOR SIN ATENCIONES DE SALUD POR TENER OTRA EPS DE OTRO MUNICIPIO

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA INDICACIONES A LA MADRE DEL CUIDADO RESPIRATORIO, EDUCACION SIGNOS Y SINTOMAS IRA

FAMILIARES *

A LA MADRE SE DA INDICACIONES DE LA IMPORTANCIA DE ESTAR EL MENOR EN CONTROL CRECIMIENTO Y DESARROLLO PENDIENTE DILIGENCIA PARA PORTABLIDAD

INSTITUCIONALES *

´PORTABILIDAD PARA SALUD

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

35

Frecuencia cardiaca

120

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

Over Camilo Orozco Buelvas - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BÁSICOS

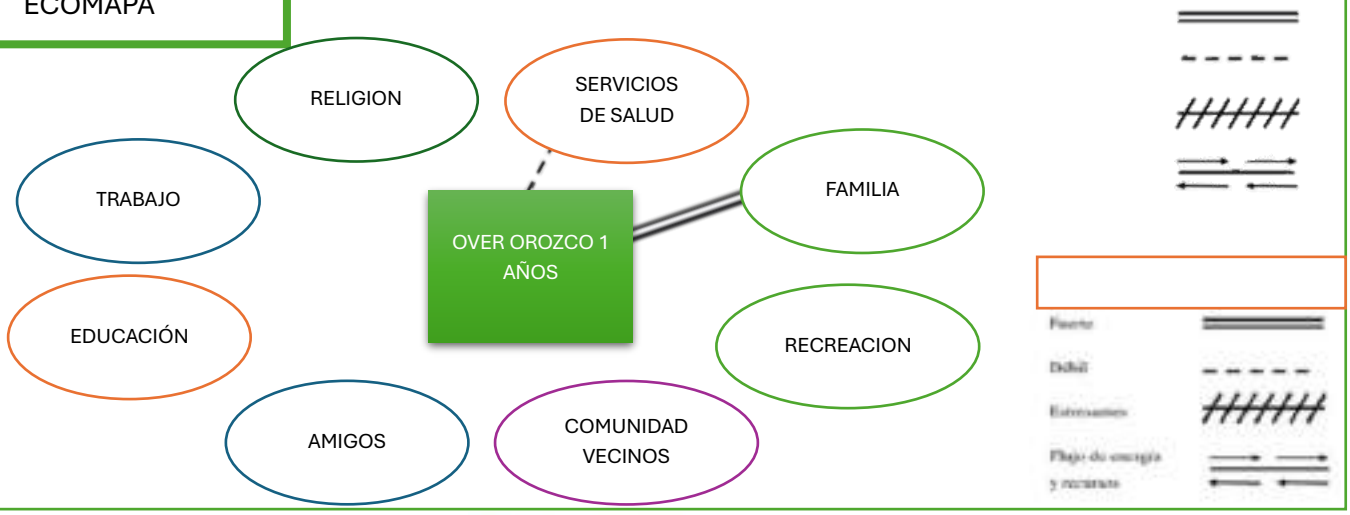
NOMBRE COMPLETO:
OVER CAMILO OROZCO
EDAD: 1 AÑO
DOCUMENTO: RC 1065144798
EPS: MUTUAL SER– SUBSIDIADO
CELULAR: 3042349994
VEREDA: BOJACA
SECTOR: POZO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail

María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 21:35
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

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

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE

MERCEDES

PRIMER APELLIDO *

HINOJOSA

SEGUNDO APELLIDO

NIEVES

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1000140078

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

16 / 11 / 1991

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NIEGA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3239512924

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

CERCA CHORIBURGER

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

M 17 años,10 años, 7 meses

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON HIJAS ACTIVA LABORALMENTE,MADRE CABEZA DE HOGAR

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

ULTIMO CONTROL MEDICO EN EL EMBARAZO HACE 8 MESES,NO HACE EJERCICIO, COVID 3 DOSIS,ESTA CON CONGESTION NASAL.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA INDICACIONES DE LIMPIEZA NASAL,CONTROLADA CON ACETAMINOFEN,NO HA IDO AL MEDICO

FAMILIARES *

SE DA INDICACIONES DE SIGNOS DE ALARMA, HABITOS SALUDABLES

INSTITUCIONALES *

SE DA INDICACIONES DE CONSULTAR AL.MEDICO

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

1.56

Peso

50

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

85

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

109/76

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

LUZ MERCEDES HINOJOSA - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

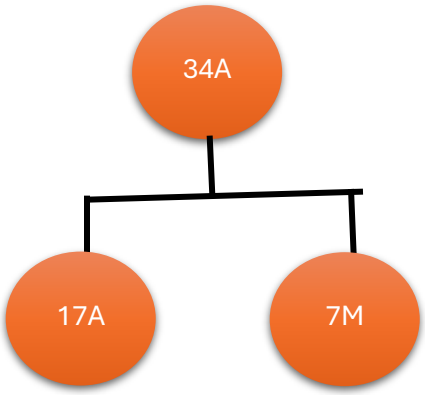
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO" - CHÍA NIT. 899.999.156-1

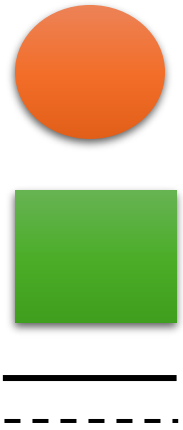
DATOS BÁSICOS



NOMBRE COMPLETO:
LUZ MERCEDES HINOJOSA
EDAD: 34 A
DOCUMENTO: CC 10001400783
EPS: SALUD TOTAL– CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3239512924
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: CERCA A CHORIBURGUER

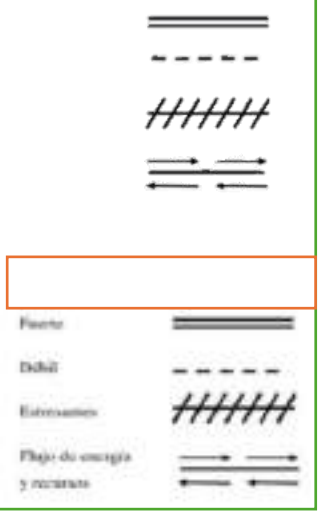
FAMILIOGRAMA





ECOMAPA





Gmail

María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 21:36
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

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

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

LAURA

PRIMER APELLIDO *

MEJIA

SEGUNDO APELLIDO

NIEVES

TIPO DE DOCUMENTO *

Tarjeta Identidad

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1120243251

CICLO VITAL *

Adolescencia (12 a 17 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE

HINOJOZA

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3239512924

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

28 / 07 / 2008

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Sanitas

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

OTRA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

CENTRO ATENCION LA GUAJIRA

Antecedentes Personales en Salud: *

BRONCONEUMONIA A REPETICION

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo

- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3239512924

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

4 ESQUINAS CERCA CHORIBURGUER

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MADRE 34 añosY HERMANA 7 meses

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE Y HERMANA, MANIFIESTA QUE SANGRA LA NARIZ POR PROBABILIDAD DE RINITIS.VACUNACION COVID 2 DOSIS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE RECOMIENDA PORTABILIDAD DE SALUD

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA RECOMENDACIONES DE SIGNOS DE ALARMA IRA

FAMILIARES *

SE RECOMIENDA HABITOS DE VIDA SALUDABLE,UTILIZAR TAPABOCAS.

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA PORTABILIDAD YA QUE CORRESPONDE LA EPS GUAJIRA

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

83

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

110/80

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

MARIA LAURA MEJIA - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

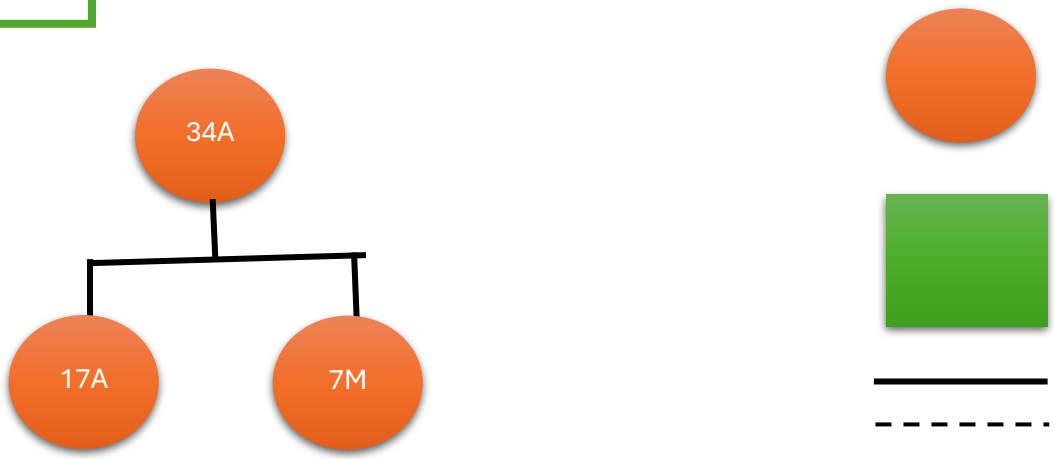
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO" - CHÍA NIT. 899.999.156-1

DATOS BÁSICOS

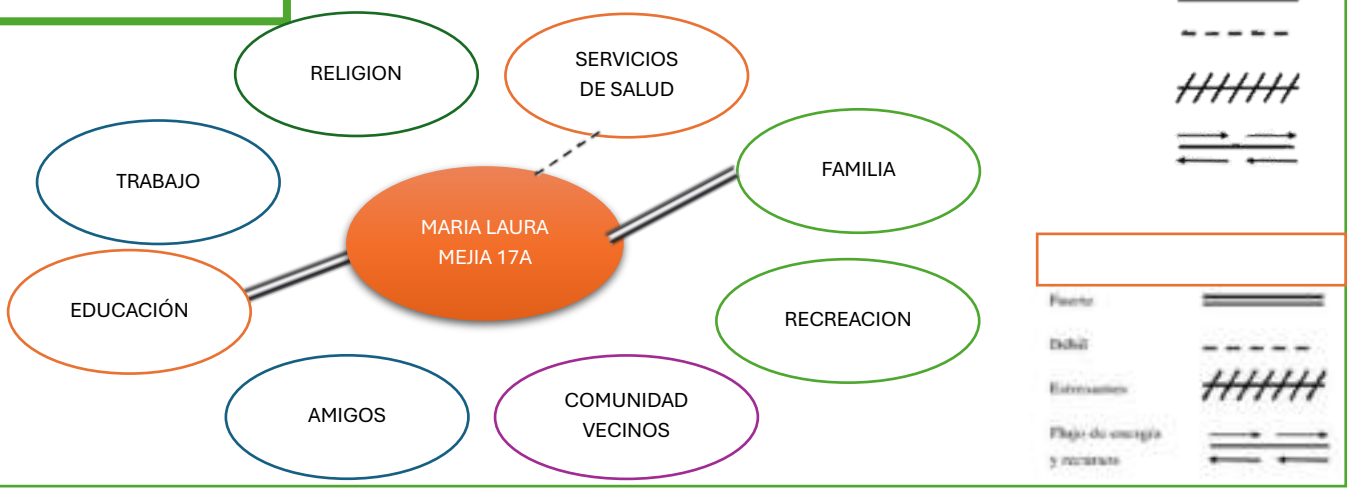
NOMBRE COMPLETO:
MARIA LAURA MEJIA NIEVES
EDAD: 17 A
DOCUMENTO: TI 110243251
EPS: SANITAS- SUBSIDIADO
CELULAR: 3239512924
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: CERCA A CHORIBURGUER



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



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

Gmail

María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 21:33
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

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

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

LIDA SIERRA AUXILIAR ENFERMERIA

MOTIVO VISITA *

REMITIDO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

AYLINN

SEGUNDO NOMBRE

SOFIA

PRIMER APELLIDO *

HINOJOSA

SEGUNDO APELLIDO

NIEVES

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072683002

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

MERCEDES

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE

HINOJOSA

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

NIEVES

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3239512924

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

20 / 06 / 2025

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Salud total

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Virrey Solís

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

BRONQUIOLITIS DESDE 24 DIAS DE NACIDA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso
- [ ] Hipertenso y Diabético
- [ ] Enfermedades cardíacas
- [ ] Cáncer
- [ ] Hipotiroidismo

- [ ] Epoc
- [ ] Asma
- [x] NO APLICA
- [ ] Ansiedad
- [ ] Depresión
- [ ] Artritis Reumatoidea
- [ ] Alzheimer
- [ ] Epilepsia
- [ ] Otro: .....

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3239512924

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

TIQUIZA ENTRADA A CHORIBURGER

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

HERMANA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON MADRE 34 AÑOS Y HERMANA 17 AÑOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE VALORA MENOR ,CON CONGESTION NASAL CON SECRECIONES AMARILLAS,VACUNACION FALTAN INFLUENZA,24 FEBRERO CONTROL CRECIMIENTO Y DESARROLLO,FIEBRE MANEJADA CON ACETAMINOFEN,EL PEDIATRA LA.MANEJO CON

SALBUTAMOL ,BECLOMETASONA INHALADOR.ESTUVO AYER EN UN URGENCIAS EN CLINICA SABANA.LE DIERON DE ALTA 3 HORAS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA INDICACIONES DE LAVADO NASAL CON SUERO FISIOLOGICO 3 CM EN CADA FOSA NASAL,EDUCACION A LA MADRE DE SIGNOS Y SINTOMAA DE ALARMA

FAMILIARES *

SE SUGIERE LA VENTILACION DE LA VIVIENDA,NO SUSPENDER LA LACTANCIA MATERNA

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA CONTINUAR CON CONTROLES CON PEDIATRIA

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

68

Peso

8.55

Frecuencia respiratoria

30

Frecuencia cardiaca

150

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

AYLINN SOFIA HINOJOSA NIEVES - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

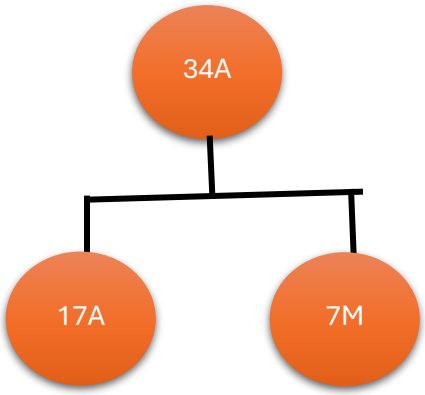
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO" - CHÍA NIT. 899.999.156-1

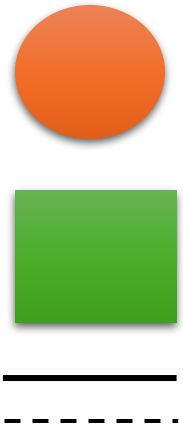
DATOS BÁSICOS

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

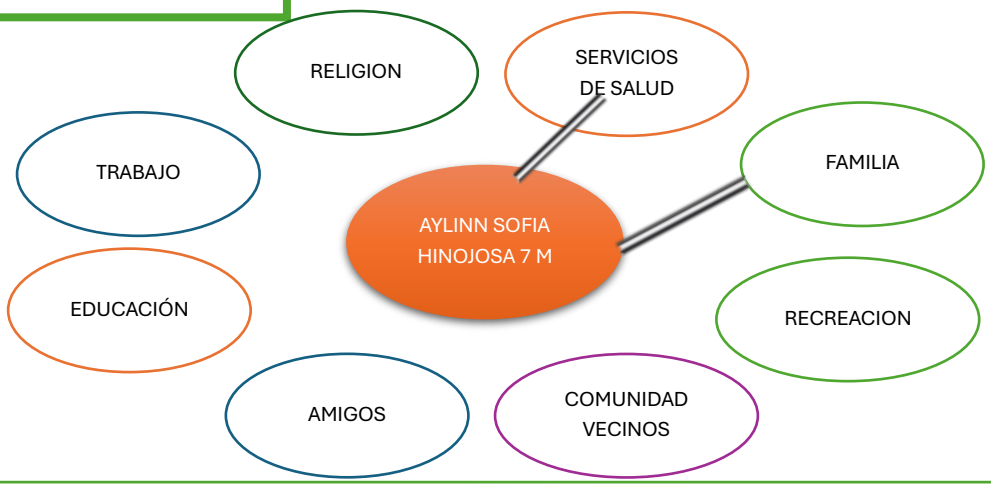


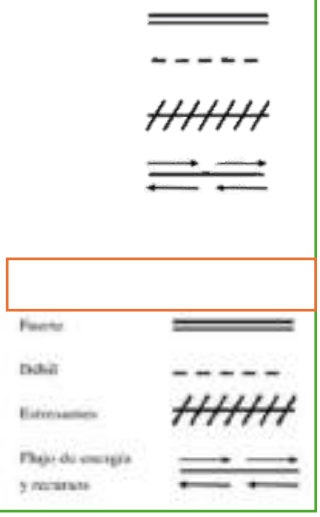
FAMILIOGRAMA





ECOMAPA





Gmail

María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 16 de febrero de 2026 a las 21:37
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

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

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

12 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIO

SEGUNDO NOMBRE

RAFAEL

PRIMER APELLIDO *

HERNANDEZ

SEGUNDO APELLIDO

CASTELLANO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1051833025

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

05 / 08 / 1973

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

NINGUNA

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3122932805

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

TIQUIZA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

4 ESQUINAS CERCA CHIRIBURGER

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

M 22 AÑOS,17 AÑOS , 16 ,8 AÑOS H 21 AÑOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE SOLO , TRABAJADOR INDEPENDIENTE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

PACIENTE CON FRECUENCIA CARDIACA BAJA ,SATURACION NORMAL,NO REFIERE SINTOMAS .

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA INDICACIONES DE EJERCICIOS RESPIRATORIOS, INDICCACIONES DE SIGNOS DE ALARMA DE IRA, HABITOS DE VIDA SALUDABLE

FAMILIARES *

VIVE SOLO

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA CONTROL CON MEDICINA GENERAL

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

50

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

128/83

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

MARIO RAFAEL HERNADEZ CASTELLAR - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

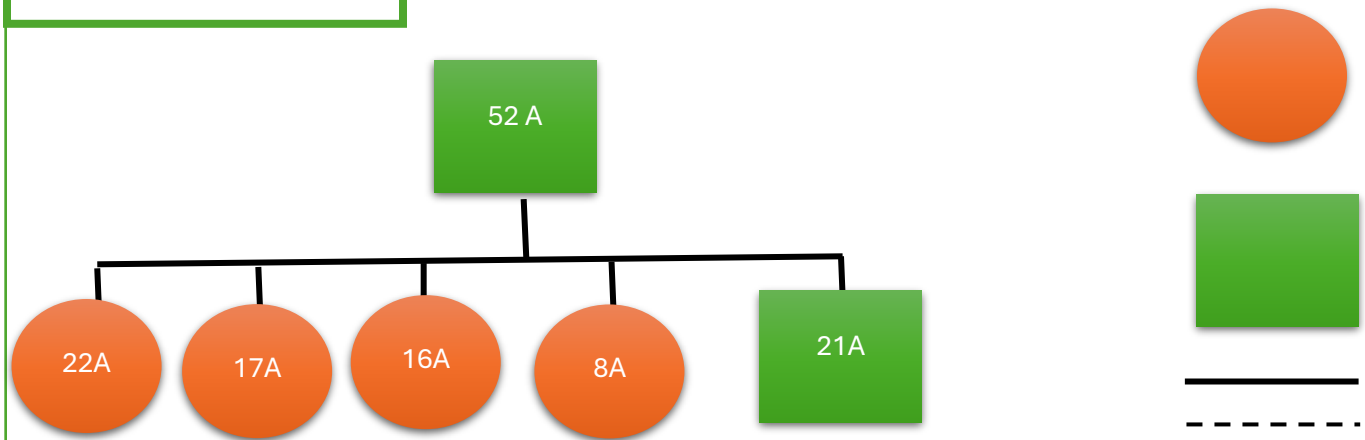
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO" - CHÍA NIT. 899.999.156-1

DATOS BÁSICOS

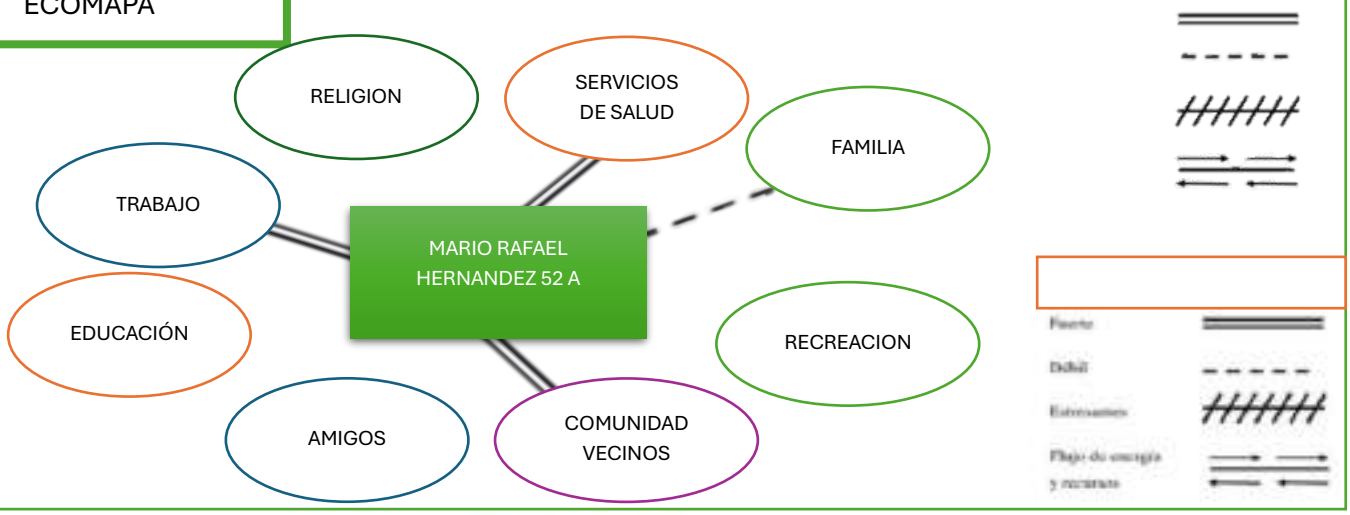
NOMBRE COMPLETO:
MARIO RAFAEL HERNANDEZ CASTELLAR
EDAD: 52 A
DOCUMENTO: CC 1051833025
EPS: FAMISANAR -CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3239512924
VEREDA: TIQUIZA
SECTOR: CERCA A CHORIBURGUER



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



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

Gmail

María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 17 de febrero de 2026 a las 17:37
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FAGUA

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

AUXILIAR CRISTINA HORTUA

MOTIVO VISITA *

REMITIDO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

JAIME

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

GONZALEZ

SEGUNDO APELLIDO

PEÑA

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

19230426

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

05 / 10 / 1954

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

EPOC, HIPERTENSION ARTERIAL, ESCOLIOSIS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3125866418

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

FAGUA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA FANTA RESTAURANTE JAIMAR

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H: 45A, 42A M : 49A

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE EN COMPAÑIA DE SU ESPOSA ENTORNO FAMILIAR ADECUADO

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

USUARIO SE REALIZA VALORACION NO PRESENTA SOBREAGREGADOS PULMONARES, CON SIGNOS VITALES NORMALES, EN EL MOMENTO REFIERE FATIGA CON DISNEA 2 SE REALIZA TECNICAS DE EJERCICIOS DIAFRAGMATICOS.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA INDICACIONES DE TECNICAS DE RESPIRACION, USO CORRECTO DE INHALADORES

FAMILIARES *

SE DA INDICACIONES DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

INSTITUCIONALES *

CONTINUAR CON ATENCION EN MEDICINA INTERNA

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

82

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

120/85

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

JAIME GONZALEZ PEÑA - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

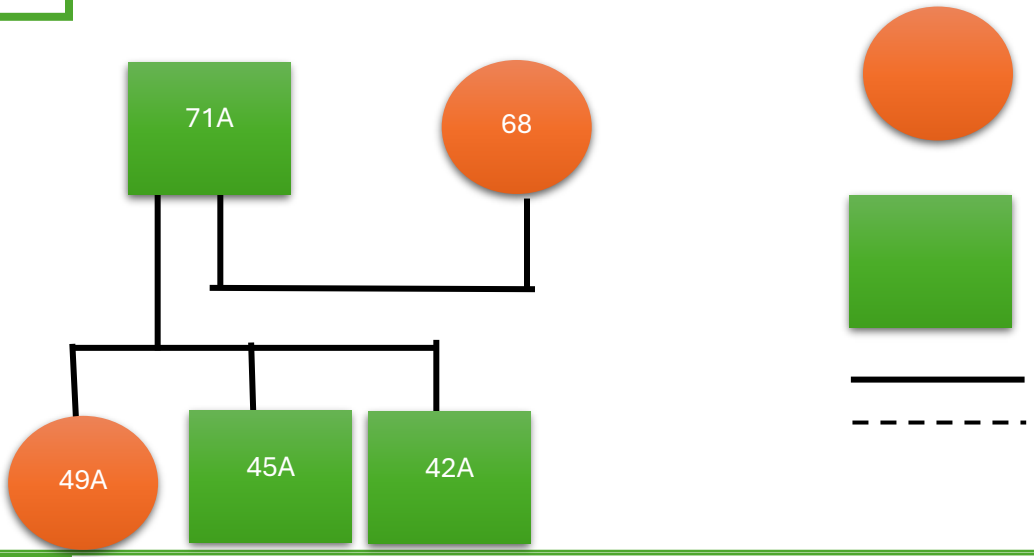
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BÁSICOS

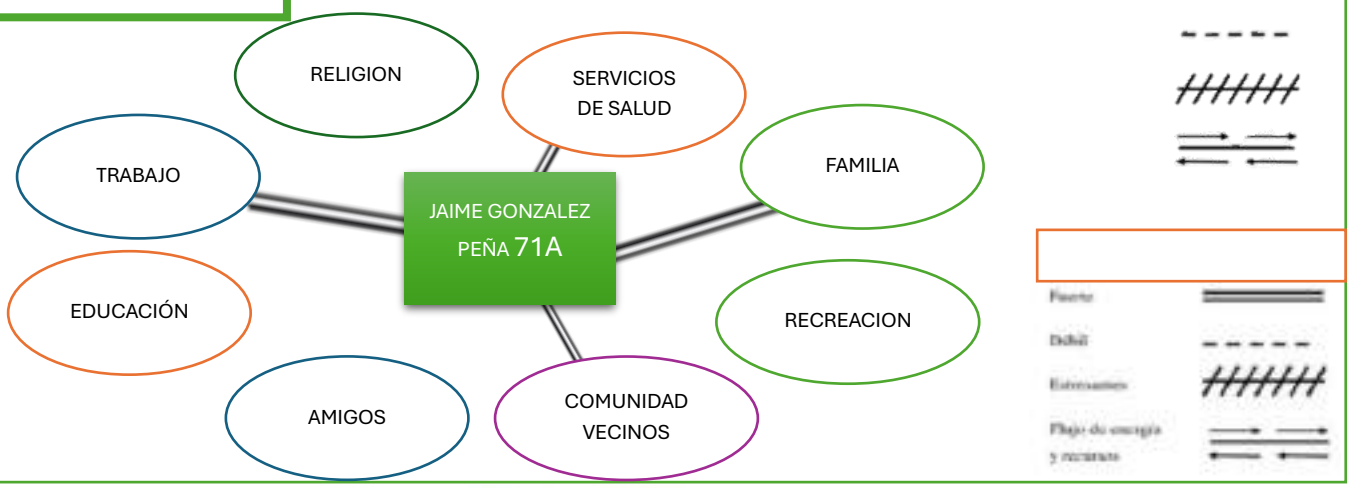


NOMBRE COMPLETO:
JAIME GONZALEZ PEÑA
EDAD: 71 AÑOS
DOCUMENTO: CC 19230426
EPS: COMPENSAR – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3125866418
VEREDA: FAGUA
SECTOR: LA FANTA

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail

María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 17 de febrero de 2026 a las 17:47
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FAGUA

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUAQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LUZ

SEGUNDO NOMBRE

MARINA

PRIMER APELLIDO *

PINZON

SEGUNDO APELLIDO

BUSTOS

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

51575707

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

17 / 10 / 1957

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION ARTERIAL, CATARAT, VARICES,ARTRITIS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3125866418

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

FAGUA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR FANTA RESTAURANTE JAMAR

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H: 45 AÑOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

MANIFIESTA TRISTEZA POR SU HIJO FALLECIDO, MANIFIESTA QUE TENIA 2 HIJOS LE QUEDA EL HIJO DE 45 AÑOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA VALORACION INICIAL, CON SIGNOS VITALES NORMALES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA INDICACIONES DE TECNICAS DE RESPIRACION , SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DE IRA

FAMILIARES *

SE ENTREGA FOLLETO CON INFORMACION DE LOS 3 MENSAJES CLAVES DE IRA

INSTITUCIONALES *

CONTINUAR ASISTIENDO A MEDICINA GENERAL EN SU EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

22

Frecuencia cardiaca

88

Saturación de oxigeno

92

Tensión arterial

140/85

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

LUZ MARINA PINZON - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

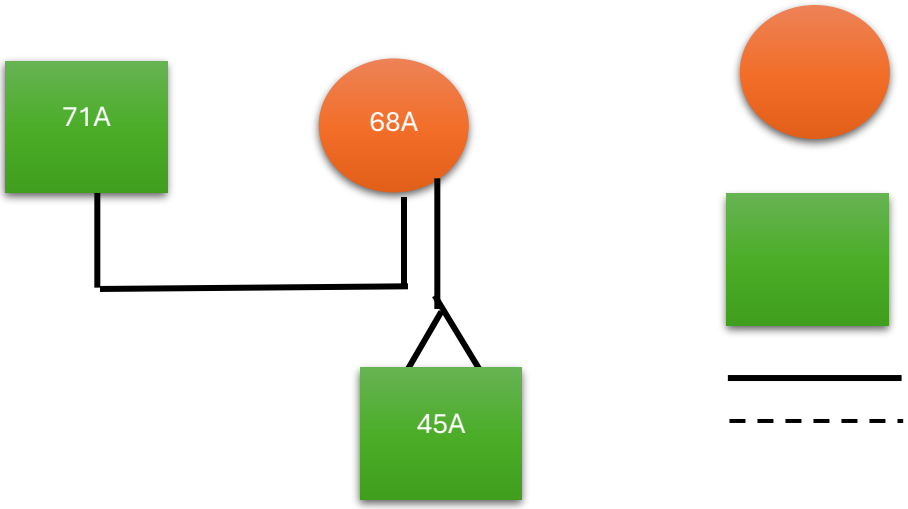
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO" - CHÍA NIT. 899.999.156-1

DATOS BÁSICOS

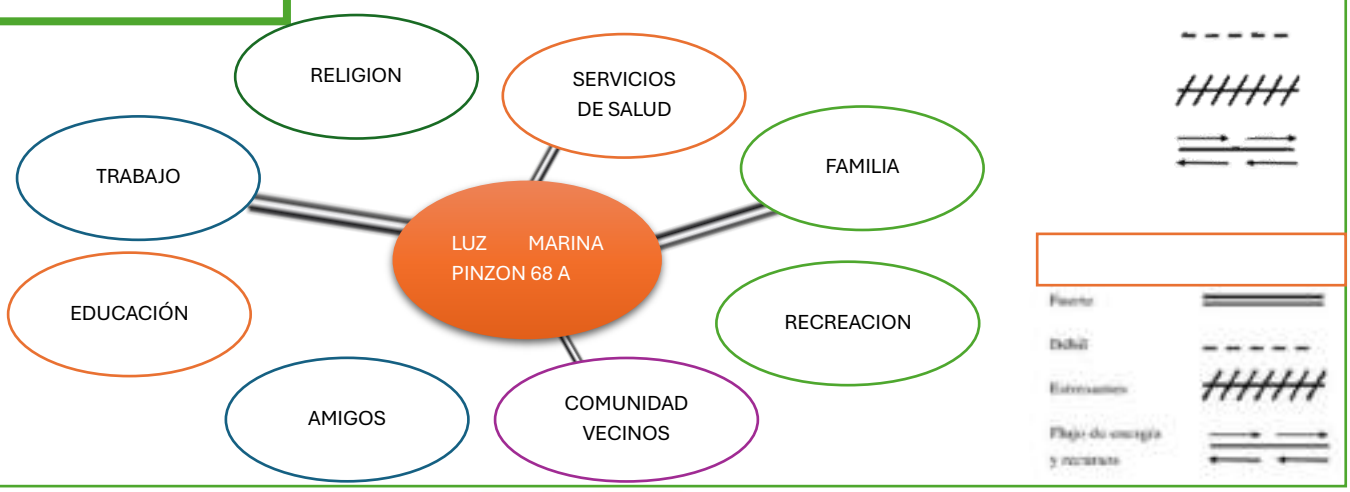


NOMBRE COMPLETO:
LUZ MARINA PINZON
EDAD: 68 AÑOS
DOCUMENTO: CC 51575797
EPS: COMPENSAR – CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3125866418
VEREDA: FAGUA
SECTOR: LA FANTA

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



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

Gmail

María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 17 de febrero de 2026 a las 17:56
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar este formulario:

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FAGUA

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FAGUA

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

BETTY

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

VELANDIA

SEGUNDO APELLIDO

PAEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

35478974

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

05 / 05 / 1967

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Sura

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Sura

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

ARTRITIS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3124366222

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

FAGUA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR LA FANTA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE CON SU ESPOSO, TIENE INCOVENIENTES EN EL HABLA, NO SABE LEER

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA VALORACION CON TOMA DE SIGNOS VITALES CON PARAMETROS NORMALES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA INDICACION DE SIGNOS Y SINTOAS DE IRA, LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABON PARA EVITAR COMPLICACIONES RESPIRATORIAS

FAMILIARES *

SE ENVIA FOLLETO DE LOS 3 MENSAJES CLAVES DE IRA

INSTITUCIONALES *

SE DA RECOMENDACION DE ASISTIR A SU EPS PARA CONTROLES

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

18

Frecuencia cardiaca

72

Saturación de oxigeno

90

Tensión arterial

110/70

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

BETTY VELANDIA PAEZ - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

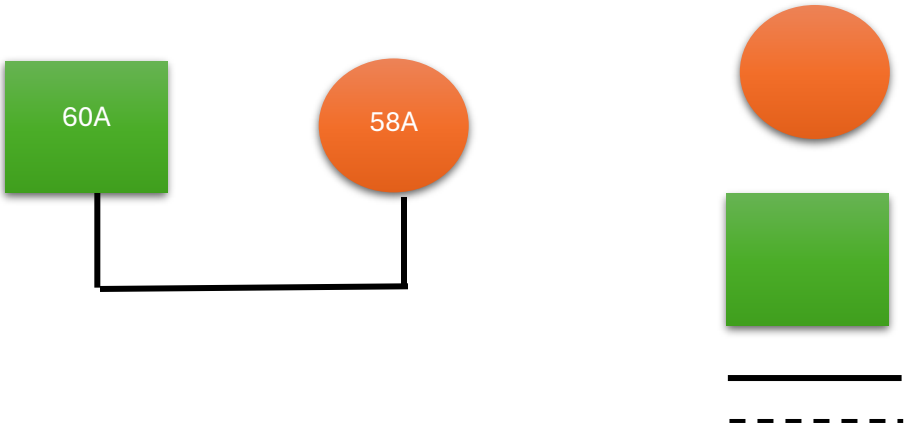
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO" - CHÍA NIT. 899.999.156-1

DATOS BÁSICOS

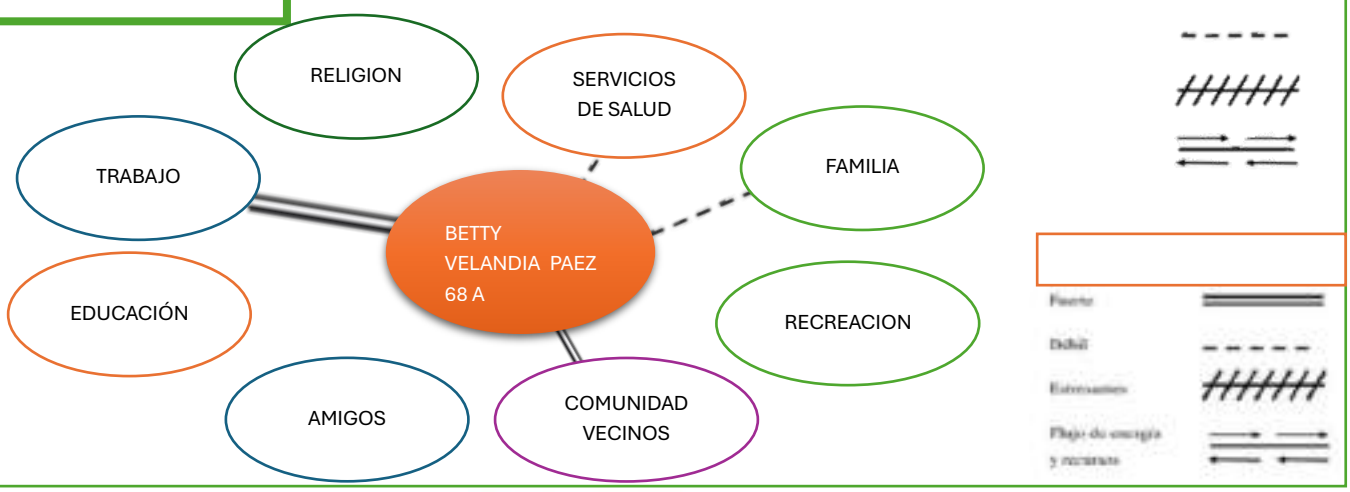


NOMBRE COMPLETO:
BETTY VELANDIA PAEZ
EDAD: 58 AÑOS
DOCUMENTO: CC 35478974
EPS: SURA – SUBSIDIADO
CELULAR: 3124366222
VEREDA: FAGUA
SECTOR: LA FANTA

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



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

Gmail

María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 17 de febrero de 2026 a las 18:04
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FAGUA

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ALVARO

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO *

GARZON

SEGUNDO APELLIDO

GOMEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

17156562

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

01 / 08 / 1943

CICLO VITAL *

Vejez (60 y mas años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION ARTERIAL, INSUFICIENCIA RENAL ESTA CON DIALISIS

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3134485086

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

FAGUA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR CHIQUILINDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

VIVE EN COMPAÑIA DE SU ESPOSA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE TOMA SIGNOS VITALES ESTAN EN EL PARAMETRO NORMAL

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA INDICACIONES DE USO CORRECTO DE TAPABOCAS CUANDO ASISTA A LA DIALISIS,,SE RECOMIENDA IDENTIFICAR LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA

FAMILIARES *

SE ENTREGA FOLLETO DE LOS 3 MENSAJES CLAVES DE IRA, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, NO EXPONERSE A HUMOS, O CONTAMINANTES,

INSTITUCIONALES *

CONTINUAR ASISTIENDO A SUS EPS, CONTROL DE CRONICOS

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

82

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

11/75

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

PDF ALVARO GARZON - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

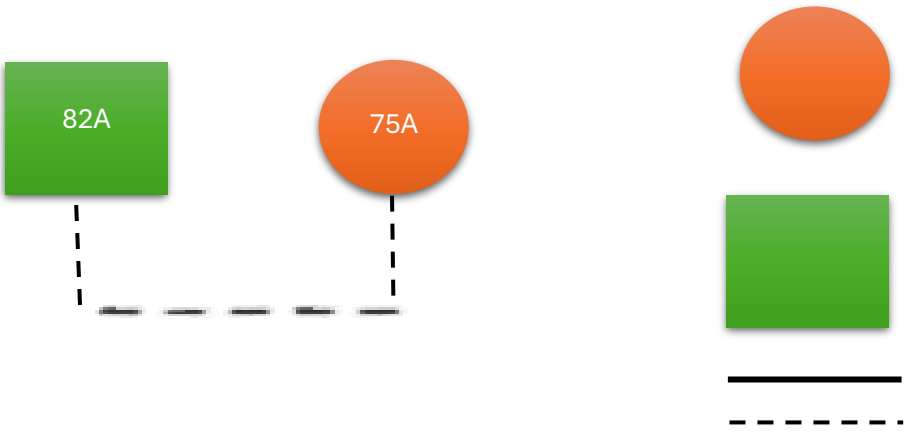
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BÁSICOS

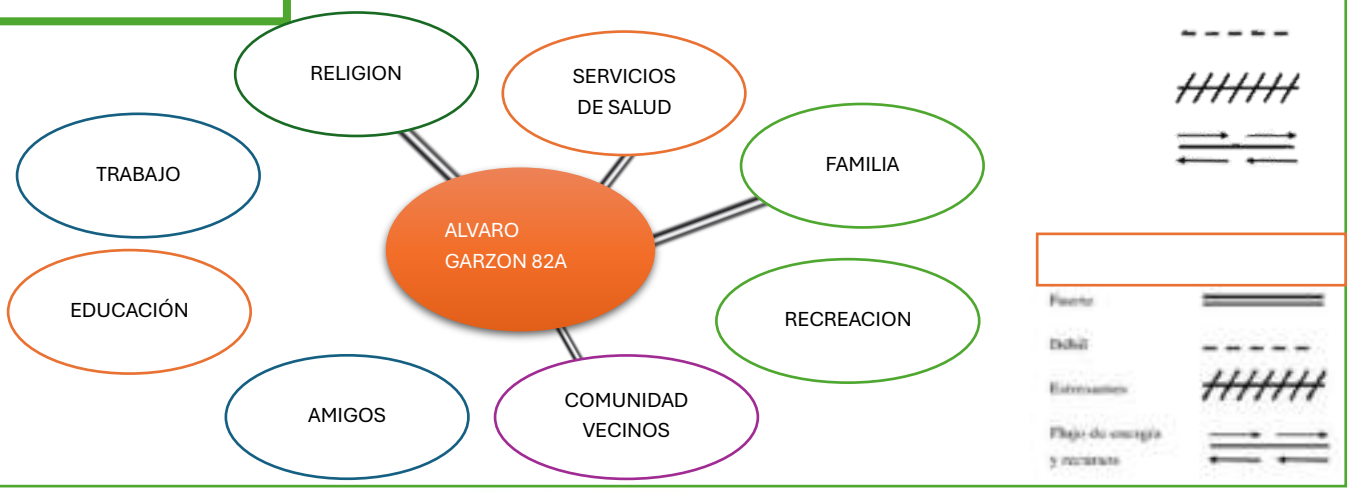
NOMBRE COMPLETO:
ALVARO GARZON GOMEZ
EDAD: 82 AÑOS
DOCUMENTO: CC 17156562
EPS: FAMISANAR. CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3134485086
VEREDA: FAGUA
SECTOR: SECTOR CHIQUILINDA



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail **María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>**

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 17 de febrero de 2026 a las 18:53
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FAGUA

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

16 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

ZENITH

SEGUNDO NOMBRE

PAOLA

PRIMER APELLIDO *

BERMUDEZ

SEGUNDO APELLIDO

OROZCO

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1080012180

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

08 / 05 / 1982

CICLO VITAL *

Adultez (29 a 59 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

MUTUALSER

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

NA

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

HIPERTENSION ARTERIAL, PREINFARTO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [x] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3209545234

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

FAGUA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR CHIQUILINDA

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

COMPAÑER@ PERMANENTE

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

4 HIJOS H 22,20 M 19,12

OTROS FAMILIARES *

NO

CUALES

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

USUARIA CON ANGUSTIA, INESTABILIDAD EN SU RELACION CON SU PAREJA, ESTA PREOCUPADA POR LA POSIBILIDAD DE ESTAR EN EMBARAZO.VIVE CON SOLO SU

PAREJA.

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

FUE ASISTIDA POR LA PSICOLOGA DEL PIC, EN EL MOMENTO SE TOMA TENSION ARTERIAL ESTA NORMAL ESTA CON MEDICAMENTOS CON AMLODIPINO, LOSARTAN, ESTUVO HOSPITALIZADA EN EL HOSPITAL SAN ANTONIO DE CHIA.NO CUENTA CON UNA EPS DEL MUNICIPIO DE CHIA ,MANIFESTO QUE LA HOSPITALIZACION PRESENTO PERDIADA DE CONCIENCIA Y QUE LE HA PRESENTADO DOLOR DE CABEZA, FUE VALORADO Y LE RERALIZARAN EXAMENES MAS PARA DESCARTAR .NO PLANIFICA

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA INDICACIONES DE TECNICAS DE RELACION, CON RESPIRACION FRUNCIDA, SE DA EDUCACION DE SIGNOS DE ALARMA, CAMINAR, HABITOS DE VIDA SALUDABLE.

FAMILIARES *

EN EL MOMENTO SE ENCONTRABA SOLA

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA PORTABILIDAD DE SALUD

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

77

Saturación de oxigeno

97

Tensión arterial

140/80

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

ZENITH PAOLA BERMUDEZ - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

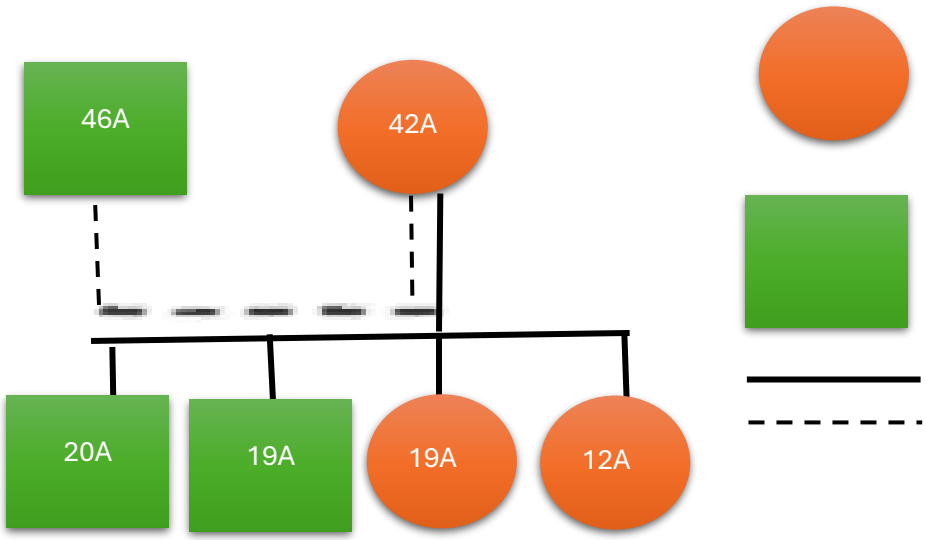
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO" - CHÍA NIT. 899.999.156-1

DATOS BÁSICOS

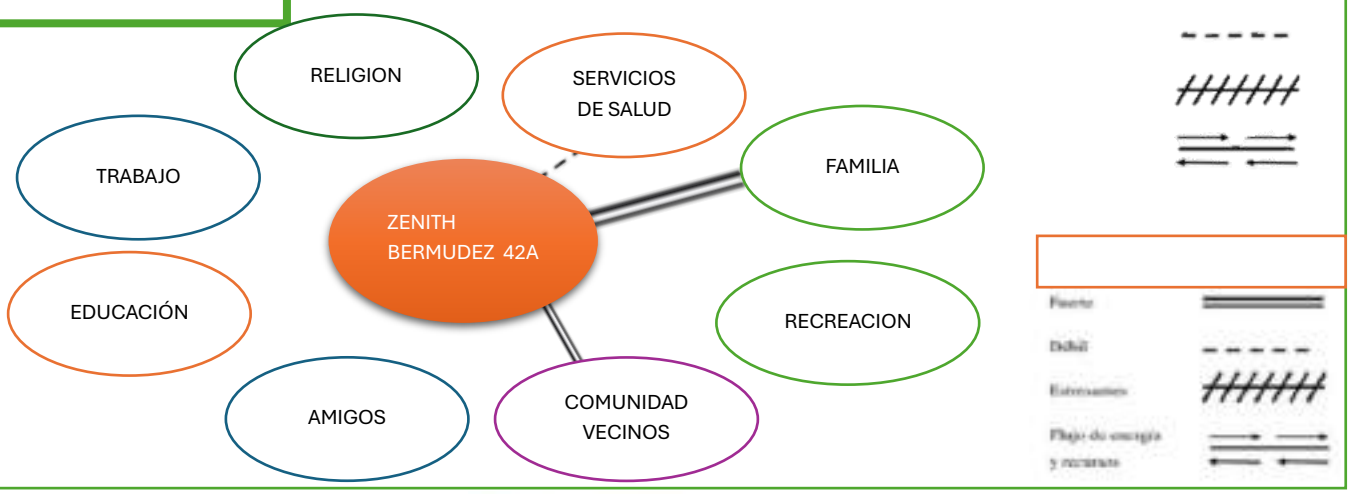


NOMBRE COMPLETO:
ZENITH PAOLA BERMUDEZ OROZCO
EDAD: 42 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1080012180
EPS: MUTUAL SER -SUBSIDIADO
CELULAR: 3209545234
VEREDA: FAGUA
SECTOR: SECTOR CHIQUILINDA

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail

María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 18 de febrero de 2026 a las 16:20
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FAGUA

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

DANIELA MORENO AUXILIAR DE ENFERMERIA

MOTIVO VISITA *

REMITIDO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

LEYDIS

SEGUNDO NOMBRE

MARIA

PRIMER APELLIDO *

MARTINEZ

SEGUNDO APELLIDO

REALES

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1047391742

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

09 / 08 / 2005

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

ANTECEDENTE PERSONALNINGUNA, MATERNA HIPERTENSION ARTERIAL

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3219285156

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

FAGUA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR CHAMIZO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H: 1 año

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

esposo

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

LA USUARIA LA ENCUENTRO TRANQUILA , NUCLEO FAMILIAR ESTABLE, CONVIVIDO CON EL ESPOSO 4 AÑOS

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE REALIZA VALORACION, LOS SIGNOS VITABLES NORMALES.EN COMPAÑIA DE SU ESPOSO E HIJO.

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA INDICACIONES DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DE IRA

FAMILIARES *

SE DA RECOMENDACIONES DE REALIZAR ACTIVIDAD FISICA, UTILIZAR TAPABOCAS CUANDO TENGAN SINTOMAS RESPIRATORIOS

INSTITUCIONALES *

CONTINUAR ASISTIENDO A SUS CONTROLES MEDICOS EN SU EPSMEDICOS

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

97

Saturación de oxigeno

94

Tensión arterial

125/80

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

LEYDIS MARIA MARTINEZ REALES - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

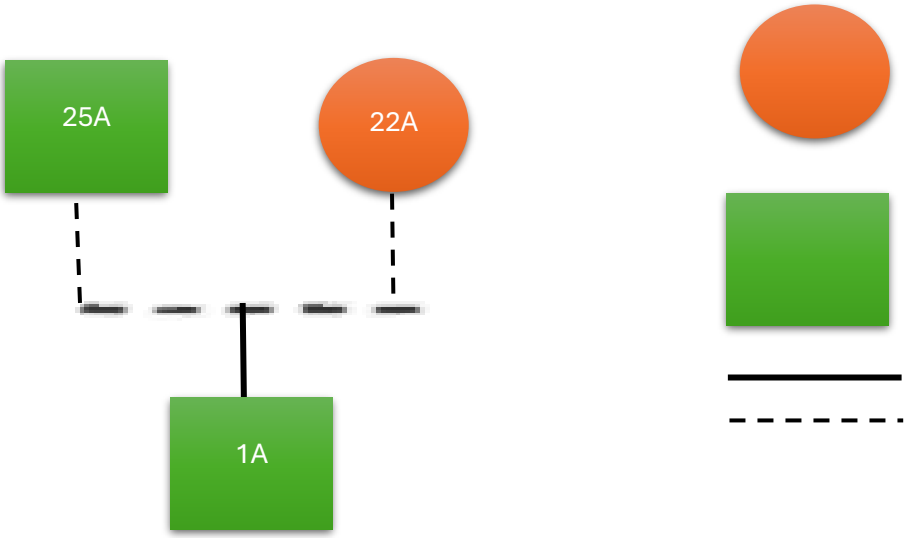
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO" - CHÍA NIT. 899.999.156-1

DATOS BÁSICOS

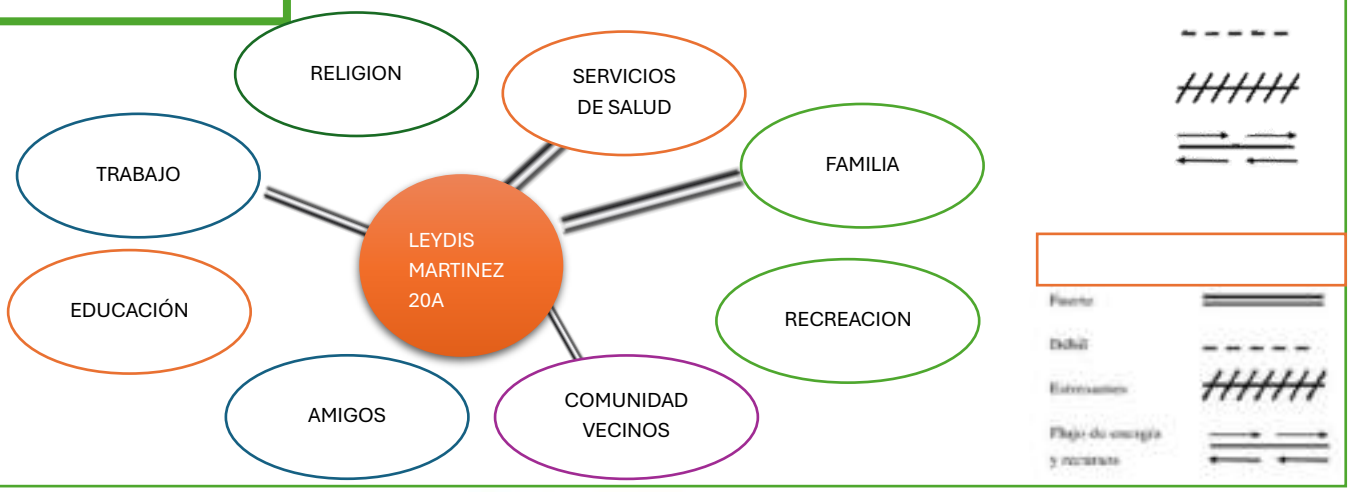


NOMBRE COMPLETO:
LEYDIS MARIA MARTINEZ REALES
EDAD: 20 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1047391742
EPS: COMPENSAR - SUBSIDIADO
CELULAR: 3219285156
VEREDA: FAGUA
SECTOR: SECTOR CHAMIZO

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



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

Gmail

María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 18 de febrero de 2026 a las 16:32
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FAGUA

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

DUVAN

SEGUNDO NOMBRE

ANDRES

PRIMER APELLIDO *

MARQUEZ

SEGUNDO APELLIDO

MARTINEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Cedula de Ciudadanía

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1003377213

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

18 / 11 / 2000

CICLO VITAL *

Juventud (18 a 28 años)

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Contributivo

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

ASMA CUANDO ERA NIÑO

PACIENTE CRONICO *

- [ ] Diabetes
- [ ] Hipertenso

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

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

TELEFONO DE CONTACTO *

3015004481

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

FAGUA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR CHAMIZO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

CASAD@

TIENE HIJOS *

SI

EDADES DE LOS HIJOS

H: 1 AÑO

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

ESPOSA

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

ENTORNO FAMILIAR ESTABLE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE TOMA SIGNOS VITALES SE ENCUENTRA LA TENSION ARTERIA BAJITA, MANIFIESTA QUE YA NO HA PRESENTADO ASMA DESDE LOS 14 AÑOS, OCUPACION LANORA EN EMPRESA DE FLORES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE HACE ENFASIS EN EDUCACION EVITAR CAMBIOS BRUSCOS DE TEMPERATURA, SE DA INDICACIONES DE SIGNOS DE ALARMA DE IRA, CONTROLARSE DIARIAMENTE LA TENSION ARTERIAL.SE DA RECOMENDSACION TOMAR BEBIDA CALIENTE, SE VUELVE A TOMAR TENSION QUEDA EN PARAMETROS NORMALES

FAMILIARES *

SE ENTREGA FOLLETO CON INDICACIONES DE LOS 3 MENSAJES DE IRA

INSTITUCIONALES *

SE RECOMIENDA CONTTROL CON MEDICINA GENERAL

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

20

Frecuencia cardiaca

87

Saturación de oxigeno

93

Tensión arterial

115/80

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

DUVAN ANRES MARQUEZ TORIJANO - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

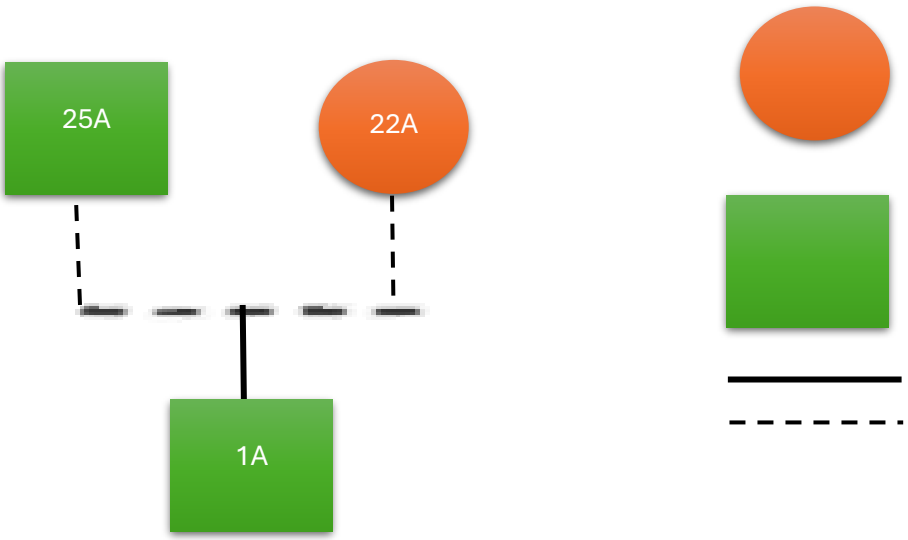
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO" - CHÍA NIT. 899.999.156-1

DATOS BÁSICOS

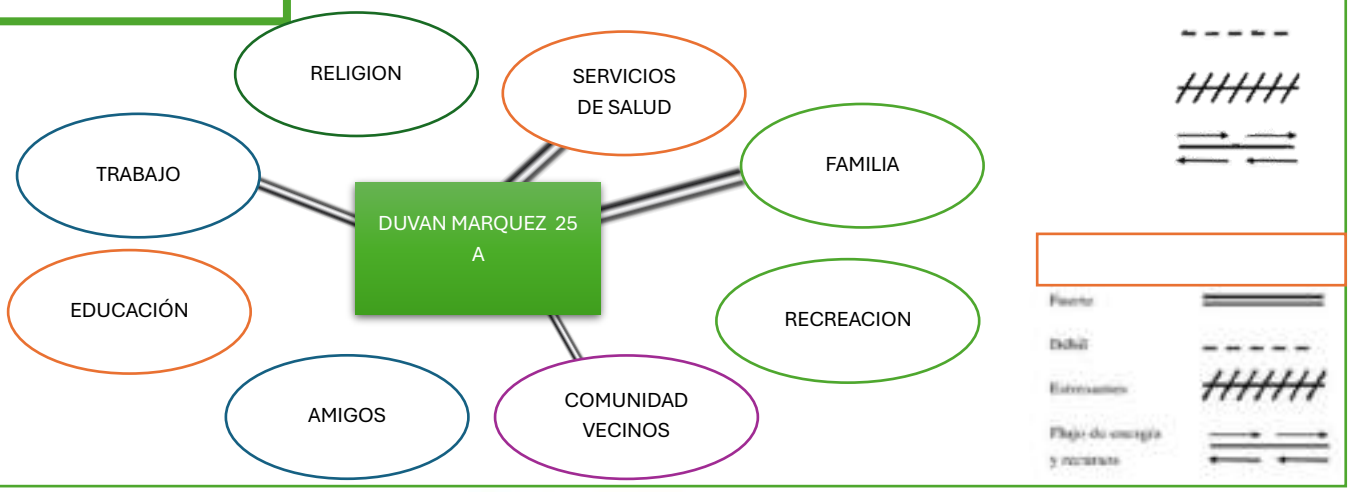


NOMBRE COMPLETO:
DUVAN ANDRES MARQUEZ TORIJANO
EDAD: 25 AÑOS
DOCUMENTO: CC 1003377213
EPS: SANITAS -CONTRIBUTIVO
CELULAR: 3015004481
VEREDA: FAGUA
SECTOR: SECTOR CHAMIZO

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail

María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 18 de febrero de 2026 a las 16:44
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FAGUA

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

AUXILIAR ENFERMERIA DANIELA MORENO

MOTIVO VISITA *

REMITIDO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

KEILOR

SEGUNDO NOMBRE

ANDRES

PRIMER APELLIDO *

MARQUEZ

SEGUNDO APELLIDO

MARTINEZ

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072682143

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

12 / 07 / 2024

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

LEYDIS

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

MARIA

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

MARTINEZ

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

REALES

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3219285156

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

HOMBRE

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Compensar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Compensar

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

GRIPAS A REPETICION

PACIENTE CRONICO *

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

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

☐ Otro:

TELEFONO DE CONTACTO *

3015004481

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

FAGUA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR CHAMIZO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

PADRE Y MADRE

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

NINGUNA

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

EN EL MOMENTO CON CONGESTION NASAL, CON PICOS FEBRILES CONTROLADO CON ACETAMINOFEN EL CUAL RESPONDE POSITIVAMENTE AL MEDICAMENTO, SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA DE SU MADRE Y PADRE

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA INDICACIONES A LA MADRE DE APLICARLE SUERO FISIOLOGICO 5 CM EN CADA FOSA NASAL 2 VECES AL DIA. CONTROL DE TEMPERATURA.

FAMILIARES *

SE DA INDICACIONES DE LOS 3 MENSAJES CLAVES DE IRA SE ENTREGA FOLLETO.

INSTITUCIONALES *

CONTINUAR EN CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN SU RESPECTIVA EPS

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

32

Frecuencia cardiaca

110

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

KEILOR ANDRES MARQUEZ MARTINEZ - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

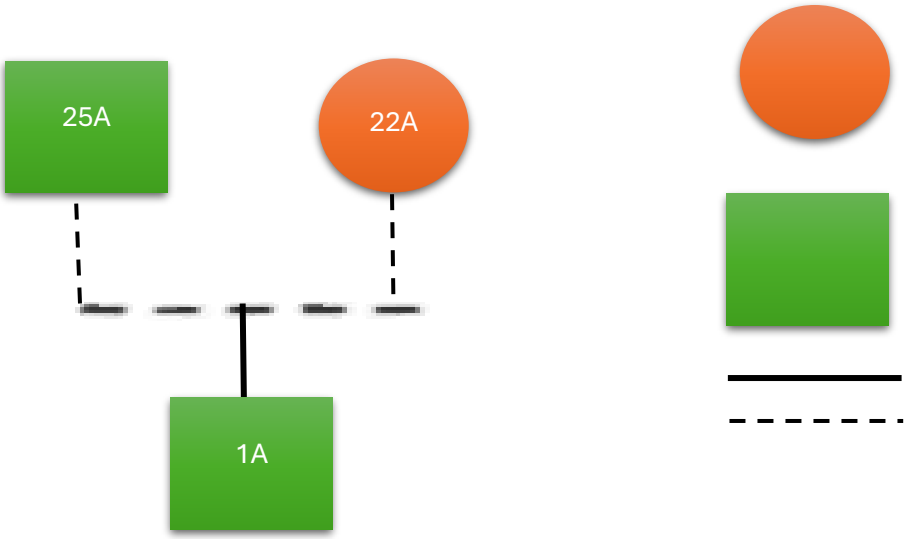
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL "SAN ANTONIO" - CHÍA NIT. 899.999.156-1

DATOS BÁSICOS

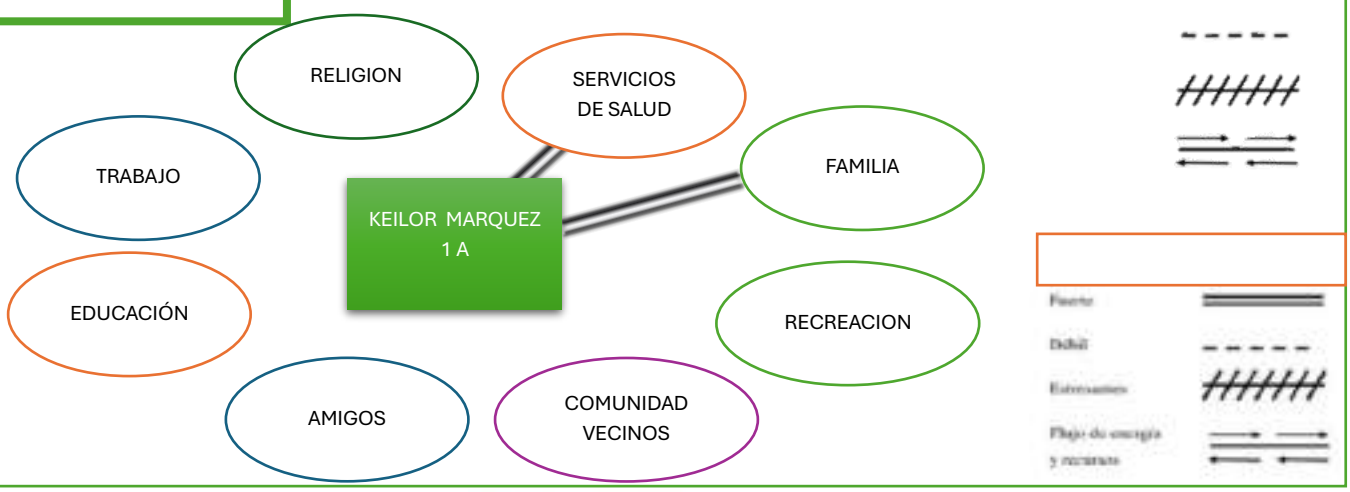


NOMBRE COMPLETO:
KEILOR ANDRES MARQUEZ MARTINEZ
EDAD: 1 AÑO
DOCUMENTO: RC 1072682143
EPS: COMPENSAR - SUBSIDIADO
CELULAR: 3219285156
VEREDA: FAGUA
SECTOR: SECTOR CHAMIZO

FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail

María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 18 de febrero de 2026 a las 17:02
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FAGUA

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

AUXILIAR ENFERMERIA DANIELA MORENO

MOTIVO VISITA *

REMITIDO

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

MARIA

SEGUNDO NOMBRE

SAMANTA

PRIMER APELLIDO *

CRUZ

SEGUNDO APELLIDO

MONTEJO

TIPO DE DOCUMENTO *

Registro Civil

NÚMERO DE DOCUMENTO
(SIN PUNTOS NI COMAS)
*

1072926486

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

26 / 05 / 2020

CICLO VITAL *

Primaria infancia (0 a 5 años)

DATOS ACUDIENTES DEL MENOR DE EDAD

PRIMER NOMBRE ACUDIENTE *

KAREN

SEGUNDO NOMBRE ACUDIENTE

DAYANNA

PRIMER APELLIDO ACUDIENTE *

MONTEJO

SEGUNDO APELLIDO ACUDIENTE

ZAMORA

NÚMERO DE TELEFONO CONTACTO ACUDIENTE *

3222140046

DATOS PERSONALES 2

SEXO *

MUJER

REGIMEN DE SALUD *

Subsidiado

EPS *

Famisanar

IPS ATENCIÓN PRIMARIA *

Norvidtal

si selecciono opción OTRA, por favor escriba el nombre

Antecedentes Personales en Salud: *

GRIPAS A REPETICION

PACIENTE CRONICO *

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

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

POBLACION DIFERENCIAL *

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

☐ Otro:

TELEFONO DE CONTACTO *

3222140046

VEREDA EN LA CUAL SE UBICA LA VIVIENDA *

FAGUA

ZONA DE LA VIVIENDA *

RURAL

RURAL

DESCRIBIR COMO LLEGAR A LA VIVENDA DE LA PERSONA *

SECTOR CHAMIZO

Datos Familiares

ESTADO CIVIL *

SOLTER@

TIENE HIJOS *

NO

EDADES DE LOS HIJOS

OTROS FAMILIARES *

SI

CUALES

MADRE, ABUELITA Y ABUELITO, HERMANO

VALORACIÓN PSICOSOCIAL / FACTORES DE RIESGO *

LA MADRE REFIERE QUE HA ESTADO LA MENOR UN POCO REBELDE

HALLAZGOS E INTERVENCIONES *

SE VALORA LA MENOR A LA AUSCULTACION NO SOBREAGREGADOS PULMONARES, SIGNOS VITALES NORMALES

PLAN DE TRABAJO INTEGRAL

INDIVIDUALES *

SE DA INDICACIONES A LA MADRE REALIZARLE LAVADOS NASALES CON SUERO FISIOLOGICO.

FAMILIARES *

SE EDUCA EN SIGNOS Y SINTOMAS IRA, SE ENTREGA FOLLETO

INSTITUCIONALES *

CONTINUAR EN CONTROL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LA IPS RESPECTIVA

Observaciones / hallazgos encontrados

Talla

Peso

Frecuencia respiratoria

25

Frecuencia cardiaca

97

Saturación de oxigeno

96

Tensión arterial

Perímetro braquial

Perímetro abdominal

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

Archivos enviados

MARIA SAMANTA CRUZ MONTEJO - María Eugenia Moreno Mendoza.pdf

Crea tu propio formulario de Google

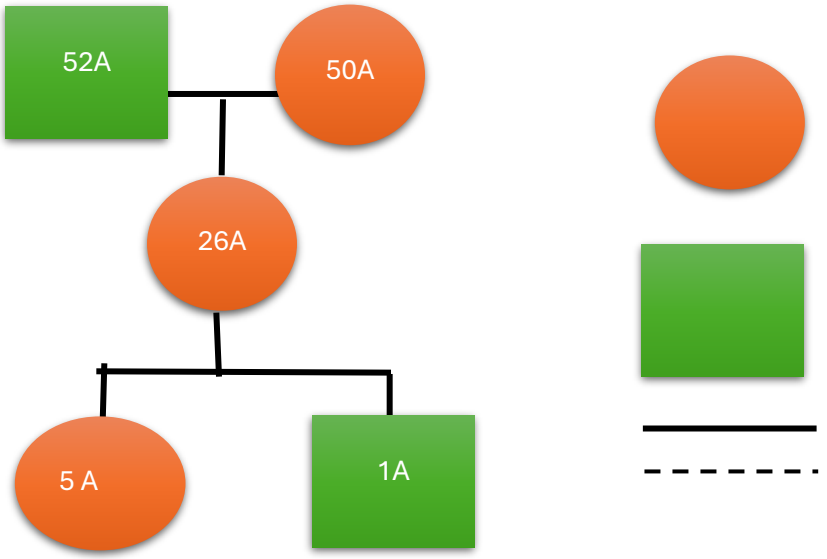
¿Parece sospechoso este formulario? Informe

DATOS BÁSICOS

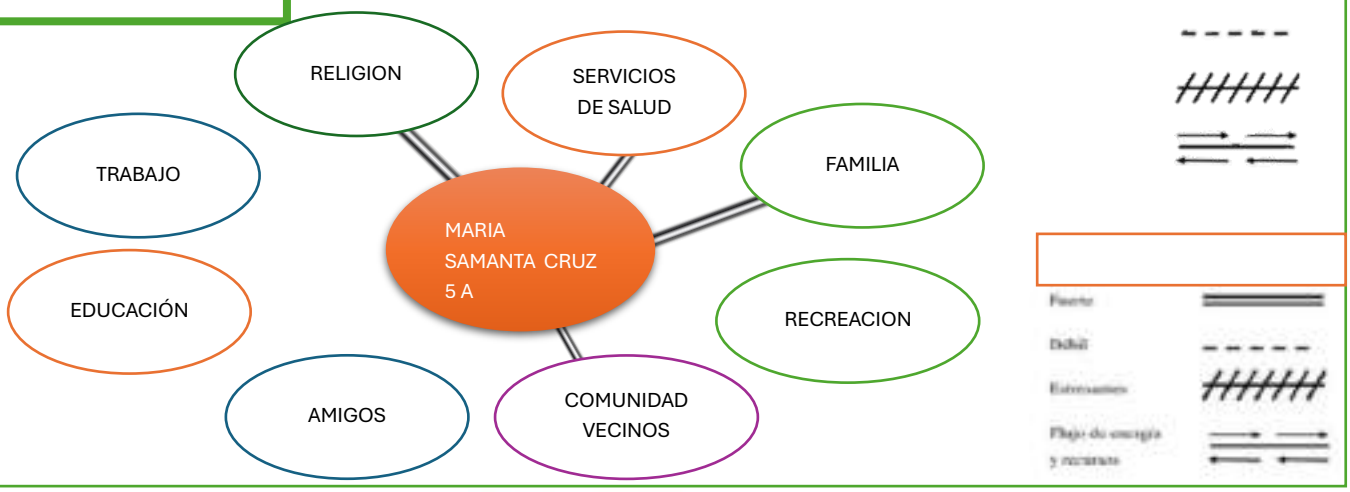
NOMBRE COMPLETO:
MARIA SAMANTA CRUZ MONTEJO
EDAD: 5 AÑOS
DOCUMENTO: RC 1072926486
EPS: FAMISANAR. SUBSIDIADO
CELULAR: 3222140046
VEREDA: FAGUA
SECTOR: SECTOR CHAMIZO



FAMILIOGRAMA



ECOMAPA



Gmail

María Eugenia Moreno Mendoza <mariaumoreno@gmail.com>

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

1 mensaje

Acuses de recibo de respuestas al formulario <forms-receipts-noreply@google.com> 20 de febrero de 2026 a las 6:42
Para: mariaumoreno@gmail.com

Google Forms

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

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

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO (PICP) - FAGUA

Correo *

mariaumoreno@gmail.com

REMITIDO POR: *

BUSQUEDA ACTIVA

MOTIVO VISITA *

BUSQUEDA ACTIVA

ZOE

- [ ] SI
- [ ] NO

FECHA DE VISITA *

DD MM AAAA

17 / 02 / 2026

INFORMACIÓN PERSONAL

PRIMER NOMBRE *

BERLIS

SEGUNDO NOMBRE

ANDREA

PRIMER APELLIDO *

RANGEL