Clínica Sagrado Corazón
Ronda de bienvenida

Nombre del paciente _____

Número de Identificación _____

Nivel Educativo
- ◯ Básica Primaria
- ◯ Básica Secundaria
- ◯ Técnico
- ◯ Tecnólogo
- ◯ Profesional
- ◯ Especialista

Habitación No. _____

Reside en un municipio que no hace parte del Área Metropolitana
- ◯ SI
- ◯ NO

Cuenta con red primaria de apoyo
- ◯ SI
- ◯ NO

Hace parte de población especial (habitante en condición de calle, personas privadas de la libertad, entre otro)
- ◯ SI
- ◯ NO

Prioridad para intervención por trabajo social
- ◯ Alta
- ◯ Media
- ◯ Baja

1. Se brinda información del proceso de atención centrada en la persona, ubicación de la oficina y extensión.
- ◯ Si
- ◯ No
- ◯ N/A

2. Se brinda información de la ubicación de los buzones de sugerencias y que tipo de manifestaciones pueden dejar en ellos.
- ◯ Si
- ◯ No
- ◯ N/A

3. Se brinda información de la política de acompañante y restricción de visitas que se tienen debido a la pandemia por covid-19.
- ◯ Si
- ◯ No
- ◯ N/A

4. Se brinda información de los derechos y deberes que tiene como paciente y se confirma si el personal de enfermería les realizó entrega del folleto donde los pueden leer.
- ◯ Si
- ◯ No
- ◯ N/A

5. Se brinda información en relación al acceso a la historia clínica durante la estancia en la institución, el usuario debe comunicarse se la extensión 232 y realiza la respectiva solicitud.
- ◯ Si
- ◯ No
- ◯ N/A

6. Se brinda información en relación al acompañamiento para la revisión de la historia clínica cuando el usuario lo considere necesario, deberá comunicarse con oficina de ACP.
- ◯ Si
- ◯ No
- ◯ N/A

7. Se brinda información de los horarios de la cafetería y ubicación de las máquinas de alimentos y se refuerza importancia de evitar que el usuario consuma alimentos diferentes a los brindados por la institución.
- ◯ Si
- ◯ No
- ◯ N/A

8. Se brinda información de los pagos que se deben realizar en la institución: • Para activar el televisor debe cancelar 6.000. • Copago teniendo en cuenta si es cotizante, beneficiario y el rango al que pertenece, si requiere más información de dicho valor puede comunicarse a la extensión 139.

◯ Si
◯ No
◯ N/A

9. Se brinda información al usuario sobre custodia de sus bienes, donde se debe reforzarles que no deben traer elementos de valor como joyas, celulares y otros porque la Clínica no se hace responsable por la pérdida.

◯ Si
◯ No
◯ N/A

10. Se brinda información del canal para reportar algún daño en la habitación.

◯ Si
◯ No
◯ N/A

11. Informar al usuario que en caso de requerir acompañamiento espiritual desde la oficina de atención centrada podemos realizar la respetiva gestión y que en caso que sea un guía o consejero de su preferencia la institución es de puertas abiertas.

◯ Si
◯ No
◯ N/A

12. Informar al usuario que en los casos que por diversidad cultural practiquen o deseen una modalidad diferente de curación puede ser comunicada a la oficina de atención centrada en la persona quien informará el respectivo caso al médico tratante y verificar si puede ser aplicada durante su estancia. (Aplican técnicas complementarias a las occidentales o tradicionales).

◯ Si
◯ No
◯ N/A

IDENTIFICACIÓN DE PREFERENCIAS DEL USUARIO

1. ¿Tiene alguna condición especial con su alimentación? (vegetariano, vegano u otro) alergias o intolerancia a algún alimento.

_____

2. ¿Tiene alguna rutina específica con el sueño en relación a los horarios?

_____

3. ¿Tiene alguna rutina específica relacionada con el baño o normas de higiene?

_____

4. ¿Desea realizar algún tipo de actividad de diversión positiva? (sopa de letras, sudoku, mándalas).

_____

Adecuada implementación de la estrategia institucional C-I-CARE

◯ Si
◯ No
◯ NA

Se brinda información relacionada con la Política de Participación Social en Salud

◯ Si
◯ No