

---- ANEXO 1 --- FICHA DE IDENTIFICACION DE SALUD



**11.- FICHA DE IDENTIFICACION
Y REGISTRO EN DORMITORIOS
STAFF-EXPOSITORES-ARTESANOS**

NOMBRE:			
SEXO:	EDAD:	DATOS DE CONTACTO:	
RESPONSABLE:			
PARENTESCO:	EDAD	DATOS DE CONTACTO:	
FAMILIAR:			
PARENTESCO:	EDAD	DATOS DE CONTACTO:	
ALERGIAS:	SI NO	MEDICAMENTO:	ALIMENTOS:
ENFERMEDADES CON DURACION DE MAS DE 6 MESES	SI NO	CUAL:	TRATAMIENTO:
ENFERMEDADES DE ESTA SEMANA	SI NO	CUAL:	TRATAMIENTO:
PROBLEMAS PARA RESPIRAR:	SI NO	CUAL:	TRATAMIENTO:
Esquema de vacunación Covid	SI NO	Dosis: 1 2 3	Ninguna

OBSERVACIONES ADICIONALES:

RESPONSABLE COMUNITARIO

NOMBRE

FIRMA

RESPONSABLE COMPLEJO CULTURAL LOS PINOS

NOMBRE

FIRMA



GUÍA DE LLENADO DE LA FICHA DE SALUD

El presente documento tiene por objeto proporcionar la información mínima básica para saber qué hacer en caso de urgencia o emergencia médica, y decidir otorgar la autorización correspondiente.

En este sentido, ante todo debe ser la familia inmediata, si la hubiere, la persona a cargo del paciente. Su característica obligatoria será que sea mayor de edad.

La edad es importante porque para las decisiones de salud, según la ley, los menores de edad no pueden tomar esta decisión y por lo tanto deben tener un INE o un documento oficial que garantice la mayoría de edad.

NOMBRE: Persona que acude a las instalaciones del Complejo Cultural los Pinos		
SEXO:	EDAD:	DATOS DE CONTACTO: Numero de celular (en caso de que aplique)
RESPONSABLE: Persona de vinculación que otorgó el permiso de asistencia a Complejo Cultural		
PARENTESCO: Padre o Madre, Tío, Primo, vecino	EDAD	DATOS DE CONTACTO: Numero de celular
FAMILIAR QUE ACOMPANA: Acompañante que también acude al CCLP (en caso de aplique,)		
PARENTESCO: Padre o madre, tío, primo, vecino	EDAD:	DATOS DE CONTACTO: Número de celular

Activación de sistema para atención medica nocturna:

Paciente → avisa a responsable de grupo → avisa a responsable de vinculación

El responsable de la vinculación tendrá la facultad de comunicarle al médico o facilitar al responsable de área un número de contacto para la atención.

El propósito de lo anterior es que tanto los usuarios como el personal de CCLP tengan conocimiento de las eventualidades con respecto a la salud- enfermedad de los visitantes y entiendan el proceso de atención brindado por el personal médico.

Si se debe realizar un procedimiento o tratamiento invasivo riesgoso y físicamente inconveniente, si el procedimiento diagnóstico o terapéutico es incierto, o si el paciente requiriera traslado a una institución hospitalaria, la persona responsable por el paciente deberá firmar el documento que lleva por nombre "Consentimiento Informado" el cual se le proporcionará y se le explicara a detalle antes de la realización de cualquiera de los procedimientos antes descritos.

