Otro ¿Cuál?	$

4. VIVIENDA Marque con una (x) La(s) opción(es) que correspondan

Tipo de Vivienda	Casa	X.	Apartamento		Cuarto		Choza		Otro, ¿cuál?		
Tenencia	Propia		Arriendo		Invasión		Cedida		Otro, ¿cuál?	Familiar.	
Material Paredes	Ladrillo	X.	Lamina		Madera		Bareque		Otro, ¿cuál?		
Material Piso	Tierra		Tapete		Baldosa	X	Cemento		Madera		
Material Techo	Plancha	X.	Teja		Guadua		Latas		Madera		

	Equipamiento	Independiente	Compartido	No tiene	Adecuado	No Adecuado
DISTRIBUCION ESPACIAL	Cocina	X				
	Comedor	X				
	Sala	X				
	Patio	X				
	Baños	X.				

No. Habitaciones	5.	No. Hogares que habitan	4
No. Personas por Habitación:		Total, de personas que habitan en la vivienda	8.
Habitación 1	2.		
Habitación 2	3.		
Habitación 3	1.		
No. de Baños:	3.		

H. 4 → 1. H → 1.

SERVICIOS PUBLICOS

Obtención de Agua para el consumo	Acueducto	X	Agua de lluvia		Pozo		Rio		Otro, ¿cuál?		
Combustible para cocinar	Gas Natural	X.	Gas Propano		Leña		Gasolina		Otro, ¿cuál?		
Eliminación de basuras	Servicio de aseo	X	La entierran		La queman		Otro		¿Cuál?		

Energía eléctrica	X	**Alcantarillado**	X

5. SALUD

5.1 ¿Está afiliado actualmente a una EPS?
Sí X No___ ¿Cuál?: Nueva EPS. Subsidiado: ___ Contributivo: X

5.2 ¿Presenta alguna enfermedad?
Sí X No___ ¿Cuál?: Reconstruccion manguito rotador HTA. →

5.3. ¿El solicitante es persona en condición de discapacidad?
Sí ___ No X
La madre (Adulta Mayor).
¿Cuál?:
Física X.
Mental __

Escaneado con CamScanner

Intelectual __
Sensorial __
Múltiple __

Porcentaje de discapacidad Según certificado De discapacidad.	78,89.	Grado de la discapacidad	Moderado: ____ Severo: ____ Profundo: X.
Entidad que expide el certificado: ESE Hospital San Vicente de Paul, Nemocón.		Observación:	Es dependiente: X. Movilidad reducida: __ En estado de cama: __ Otra ¿Cuál?

5.4. ¿El solicitante ejerce el rol de cuidador?
Si X No____

5.4.1. ¿Usted ha identificado alguno de los siguientes síntomas al ejercer su rol de cuidador?

SINTOMAS FISICOS		SINTOMAS EMOCIONALES		SINTOMAS SOCIALES	
Cansancio continuo	Casi	Tristeza, sentimientos de culpa	Si	Desinterés por actividades que antes disfrutaba.	Si
Aumento o disminución del apetito	Si				
Trastornos del sueño	Si	Irritabilidad, cambios frecuentes de humor o de Estados de ánimo.	Si	Aislamiento familiar y social. Van abandonando las Amistades.	Si
Dolores musculares, palpitaciones, molestias Digestivas, cefaleas.	Si				
Consumo excesivo de bebidas Con cafeína, alcohol o tabaco.	NO	Dificultad para concentrarse	NO	Tratar a otras personas de la Familia de forma menos Considerada que Habitualmente.	NO
Abuso de pastillas para dormir u otros medicamentos.	NO	Problemas de memoria	Si		
Abandono de su aspecto físico.	NO				

Observaciones:

_____
_____
_____
_____

_____
Firma de quien atiende la visita

_____
Firma del solicitante

Cindy Xiomara Ramirez P.
Firma del profesional que realiza la visita
T.P. No. _____

Conforme al derecho del Habeas Data reconocido por el artículo 15 de la Constitución Política y desarrollado en la ley 1581 de 2012 y en cumplimiento a lo establecido por el artículo 10 del Decreto 1377 de 2013, la Alcaldía Municipal de Cajicá se permite informar: que a recolectado algunos de sus datos personales en uso de sus facultades legales y que los mismos forman parte de las bases de datos que maneja y/o administra que por este mecanismo le solicitamos autorice a la Alcaldía Municipal de Cajicá continuar con el tratamiento de sus datos personales.

Escaneado con CamScanner