SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA
FECHA DILIGENCIAMIENTO: DD 09 | MM 02 | AÑO
FICHA NUMERO: 2442.11
NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA: MONICA FIORELA AUX ENFERMERIA
VIVIENDA
I. UBICACIÓN

ZONA
Municipio: SOACHA
[X] Urbana — Comuna: 4
[ ] Rural — Barrio: JUAN C. GALAN 1

Vereda:
Dirección: KR 23E 51E F44-27
Teléfono/Celular: 3107342326
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 10 MINUTOS

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2 [X]	1 [ ]					
b. Programas para el adulto mayor	2 [X]	1 [ ]					
c. Programas de formación del SENA	2 [X]	1 [ ]					
d. Red Juntos- Unidos	2 [X]	1 [ ]					
e. Programas del ICBF	2 [X]	1 [ ]					
f. Ayudas para desastres naturales	2 [X]	1 [ ]					
g. Ayudas para desplazados	2 [X]	1 [ ]					
h. Otro, ¿cuál?	2 [X]	1 [ ]					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRóXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO.	SI
1 MICHELANGEL DIAZ	2 [X]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]

No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
	2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19 Su sitio de trabajo/estudio, se localiza

1 En la misma comuna/corregimiento donde reside
2 En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside
3 En Bogotá
4 En otro municipio distinto a Bogotá
5 [X] Actualmente no esta empleado ni escolarizado

Cual?: _____
Nombre Localidad o referencia: _____ Nombre Barrio: _____
Cual?: _____

19 Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio? 0 minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica [ ]

20 Su IPS primaria, se localiza

1 En la misma comuna/corregimiento donde reside
2 [X] En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside
3 En Bogotá
4 En otro municipio distinto a Bogotá
5 Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS

20 Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria? 30 minutos
20 Le parece que queda 1 cerca [X] 2 lejos [ ]

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT 79145018-1 TELEFONO 812 4315 - 310 560 4347

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO VIVIENDA SALUDABLES

GRUPO TÉNICO O POBLACIÓN ESPECIAL:

		SI	NO
	DESCRIPCION DE LA VIVIENDA Y SUS CONDICIONES		
1	Paredes y techos sin grietas, huecos, humedades	✓	
2	Las áreas habitaciones de la vivienda están separadas entre si (baño, cocinas y habitaciones)	✓	
	MANEJO DE AGUAS PARA CONSUMO HUMANO		
3	La vivienda cuenta con adecuado sistema de suministro de agua (acueducto, continuo, sin fugas, acometidas en buen estado, fuentes sin semovientes o libres de elementos extraños)		✓
	MANEJO DE AGUAS RESIDUALES		
4	La familia cuenta con unidad sanitaria sin riesgo higiénico sanitario	✓	
5	Existe adecuada disposición de aguas residuales y grises (baño, cocina, lavadero, terraza, campo abierto, pozo séptico)	✓	
	RESIDUOS SÓLIDOS		
6	Vivienda aseada y ordenada	✓	
	MANEJO DE PLAGAS		
7	Hay presencia de plagas en la vivienda (roedores, insectos, piojos, pulgas, palomas)	✓	
	ALIMENTOS E HIGIENE		
8	Adecuada limpieza de la cocina (orden, limpieza y desinfección)	✓	
9	¿Sabe que son las ETAS?		✓
	CONOCE LOS RIESGOS QUÍMICOS EN EL HOGAR		
10	Los productos químicos están almacenados de forma segura (lugar ventilado, rotulados, separados de las áreas habitacionales)	✓	
11	Principales productos químicos usados dentro del hogar	PRODUCTOS ASEO	

	NUESTRAS MASCOTAS						
12	Numero de felinos en la vivienda	0	Machos	0	Hembras	0	
	Numero de Caninos en la vivienda	0	Machos	0	Hembras	0	
13	En el utlimo año sus mascota ha sido vacunado			N/A	—	—	
	¿Porque no vacuna a sus mascotas?	Falta de interés		Falta de información			
	CONOCE EL RIESGO DE CONTAMINACIÓN INTRAMURAL						
14	Fuma dentro de la vivienda				SI	NO	

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

FORMATO DE CARACTERIZACIóN NUCLEOS FAMILIARES

IDENTIFICACIóN — VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Numero de orden del Individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T_DOC	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)	FECHA NACIMIENTO			SEXO		POBLACION DIFERENCIALES Y DE INCLUSION						
					DD	MM	AAAA	Hombre	Mujer	Desplazado	Victima del conflicto armado	Reinsertados	Trabajador informal	Reciclador	Vendedor ambulante	Ninguno
1	DIAZ TORRES MIGUEL ANGEL	CC	100059 29115	19	12	7	03	X								X
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

Numero de orden del Individuo	GRUPO ETNICO								DISCAPACIDAD						ORIENTACION SEXUAL						
	Indigena	Afro-colombiano	ROM o Gitano	Raizal del archipielago	Palenquero	Blanco	Mestizo	Ninguna de los anteriores	Visual	Cognitiva	Auditiva	Fisica	Multiple	Ninguno	Lesbiana	Gay	Transgenero	Bisexual	Intersexual	Heterosexual	Otra
1								X						X						X	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Numero de orden del Individuo	ESTADO CIVIL					ESCOLARIDAD									TIPO DE FAMILIA					
	Union libre	Casado	Viudo	Separado o divorsiado	Soltero	Analfabeta	Preescolar	Primaria	Secundaria	Tecnica	Tecnologica	Universitaria	Postgrado	Desescolarizado	Unipersonal	Nuclear	Extensa o conjunta	Monoparental	Simultanea	Compuesta
1					X				9						X					
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

Numero de orden del Individuo	OCUPACIóN												
	Asalariado de empresa particular con contrato a término indefinido	Asalariado de empresa particular con contrato a termino fijo	Asalariado del Gobierno con contrato a término indefinido	Asalariado del Gobierno con contrato a termino fijo	Jornalero o peon	Trabajador por cuenta propia o Trabajo informal	Patrón o empleador	Trabajador de su propia finca (en arriendo o aparcería)	Trabajador familiar sin remuneración	Pensionado	Estudiante	Menor de edad	Otro cual?
1									X				
2													
3													
4	o												
5													
6													
7													
8													
9													
10													

Numero de orden del Individuo	RELIGIóN				
	Católica	Evangélica y Pentecostal (Evangélico Pentecostal, Iglesia de Dios, Asambleas de Dios, Iglesia Universal del Reino de Dios, Iglesia Cuadrangular, Iglesia Congregación Cristiana, Menonita, Hermanos de Cristo, Iglesia Cristiana Reformada, Carismático no católico, Luz del Mundo, Bautista, Iglesia del	Testigos de Jehova	Otro, ¿cual?	Ninguna
1				X	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO DE CARACTERIZACION NUCLEOS FAMILIARES

CONDICION DE AFILIACION AL SGSSS	CONDICION DE SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS DE ATENCION AMBULATORIA				CONDICION DE SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACION			CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ¿Cual es la alternativa que mejor describe su estado de salud en el dia de hoy en terminos de ?							
	En los ULTIMOS 30 DIAS ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas de salud que NO implicaron hospitalizacion?	¿Que hizo principalmente para tratar ese problema de salud?	Si no utilizo los servicios de un profesional de la salud. La razon principal fue:	Severidad del problema de salud	Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿Estuvo hospitalizado por?	Severidad del problema de salud	Movilidad	Cuidado personal	ACTIVIDADES COTIDIANAS (trabajar, estudiar, actividades familiares, de recreacion, etc)	DOLOR/ MALESTAR	ANGUSTIA/ DEPRESION				
Nombre de la (los) persona(s) que componen el nucleo familiar	Ninguno	Acudio a un hospital, clinica, centro de salud u otra institucion de salud	Ninguno de los anteriores	Poco valioso	No estuvo hospitalizado	No tiene problemas para caminar	No tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas	No tiene dolor ni malestar	No esta angustiado(a) ni deprimido(a)	En una escala de 0 a 100 señale su estado de salud actual, donde 100 indica el mejor estado de salud y 0 el peor que pueda imaginarse						
		Acudio a un medico general	Que estos problemas de salud dejen de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Poco valioso	Otra causa										
		Acudio a un profesional de medicina especialista particular u odontologo	El centro de atencion queda lejos	Indiferente	Diabetes										
		Acudio a un profesional de medicina alternativa (Homeopata o Terapeuta)	No hubo tiempo	Enfermedad	Accidente de trabajo										
		Acudio a un profesional de medicina alternativa (Homeopata o Quiropractico)	El caso era leve	Circulo	Accidente de transito										
		Acudio a hospital, clinica o centro de salud (Urgencias)	Falta de dinero	Fractura	Accidente casero										
		Consulto a una tienda naturista	Cita distanciada en el tiempo	Herida con arma de fuego o corto punzante	Otro tipo de accidente										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	No lo atendieron	Otra causa	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		Me dan tramites para la cita	No confia en los medicos	No estuvo hospitalizado	Otro tipo de accidente										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Consulto antes y no le solucionaron el problema	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Accidente casero										
		No tiene EPS o seguro medico	Me dan tramites para la cita	Severidad del problema de salud	Accidente de transito										
		Otra	Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Poco valioso	Accidente de trabajo										
		Ninguno de los anteriores	No tiene EPS o seguro medico	Indiferente	Enfermedad										
		El caso era leve	Otra	Circulo	Circulo										
		No tuvo tiempo	Ninguno de los anteriores	Fractura	Fractura										
		El centro de atencion queda lejos	Que estos problemas de salud dejen de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										
		Falta de dinero	Severidad del problema de salud	Accidente de trabajo	Accidente de trabajo										
		Cita distanciada en el tiempo	Poco valioso	Accidente de transito	Accidente de transito										
		No lo atendieron	Indiferente	Accidente casero	Accidente casero										
		No confia en los medicos	Circulo	Otro tipo de accidente	Otro tipo de accidente										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	Fractura	Herida con arma de fuego o corto punzante	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		Me dan tramites para la cita	Enfermedad	Otra causa	Otra causa										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Accidente de trabajo	No estuvo hospitalizado	No estuvo hospitalizado										
		No tiene EPS o seguro medico	Accidente de transito	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias										
		Otra	Accidente casero	Severidad del problema de salud	Severidad del problema de salud										
		Ninguno de los anteriores	Otro tipo de accidente	Poco valioso	Poco valioso										
		El caso era leve	Herida con arma de fuego o corto punzante	Indiferente	Indiferente										
		No tuvo tiempo	Otra causa	Circulo	Circulo										
		El centro de atencion queda lejos	No estuvo hospitalizado	Fractura	Fractura										
		Falta de dinero	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										
		Cita distanciada en el tiempo	Severidad del problema de salud	Accidente de trabajo	Accidente de trabajo										
		No lo atendieron	Poco valioso	Accidente de transito	Accidente de transito										
		No confia en los medicos	Indiferente	Accidente casero	Accidente casero										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	Circulo	Otro tipo de accidente	Otro tipo de accidente										
		Me dan tramites para la cita	Fractura	Herida con arma de fuego o corto punzante	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Enfermedad	Otra causa	Otra causa										
		No tiene EPS o seguro medico	Accidente de trabajo	No estuvo hospitalizado	No estuvo hospitalizado										
		Otra	Accidente de transito	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias										
		Ninguno de los anteriores	Accidente casero	Severidad del problema de salud	Severidad del problema de salud										
		El caso era leve	Otro tipo de accidente	Poco valioso	Poco valioso										
		No tuvo tiempo	Herida con arma de fuego o corto punzante	Indiferente	Indiferente										
		El centro de atencion queda lejos	Otra causa	Circulo	Circulo										
		Falta de dinero	No estuvo hospitalizado	Fractura	Fractura										
		Cita distanciada en el tiempo	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										
		No lo atendieron	Severidad del problema de salud	Accidente de trabajo	Accidente de trabajo										
		No confia en los medicos	Poco valioso	Accidente de transito	Accidente de transito										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	Indiferente	Accidente casero	Accidente casero										
		Me dan tramites para la cita	Circulo	Otro tipo de accidente	Otro tipo de accidente										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Fractura	Herida con arma de fuego o corto punzante	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		No tiene EPS o seguro medico	Enfermedad	Otra causa	Otra causa										
		Otra	Accidente de trabajo	No estuvo hospitalizado	No estuvo hospitalizado										
		Ninguno de los anteriores	Accidente de transito	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias										
		El caso era leve	Accidente casero	Severidad del problema de salud	Severidad del problema de salud										
		No tuvo tiempo	Otro tipo de accidente	Poco valioso	Poco valioso										
		El centro de atencion queda lejos	Herida con arma de fuego o corto punzante	Indiferente	Indiferente										
		Falta de dinero	Otra causa	Circulo	Circulo										
		Cita distanciada en el tiempo	No estuvo hospitalizado	Fractura	Fractura										
		No lo atendieron	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										
		No confia en los medicos	Severidad del problema de salud	Accidente de trabajo	Accidente de trabajo										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	Poco valioso	Accidente de transito	Accidente de transito										
		Me dan tramites para la cita	Indiferente	Accidente casero	Accidente casero										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Circulo	Otro tipo de accidente	Otro tipo de accidente										
		No tiene EPS o seguro medico	Fractura	Herida con arma de fuego o corto punzante	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		Otra	Enfermedad	Otra causa	Otra causa										
		Ninguno de los anteriores	Accidente de trabajo	No estuvo hospitalizado	No estuvo hospitalizado										
		El caso era leve	Accidente de transito	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias										
		No tuvo tiempo	Accidente casero	Severidad del problema de salud	Severidad del problema de salud										
		El centro de atencion queda lejos	Otro tipo de accidente	Poco valioso	Poco valioso										
		Falta de dinero	Herida con arma de fuego o corto punzante	Indiferente	Indiferente										
		Cita distanciada en el tiempo	Otra causa	Circulo	Circulo										
		No lo atendieron	No estuvo hospitalizado	Fractura	Fractura										
		No confia en los medicos	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	Severidad del problema de salud	Accidente de trabajo	Accidente de trabajo										
		Me dan tramites para la cita	Poco valioso	Accidente de transito	Accidente de transito										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Indiferente	Accidente casero	Accidente casero										
		No tiene EPS o seguro medico	Circulo	Otro tipo de accidente	Otro tipo de accidente										
		Otra	Fractura	Herida con arma de fuego o corto punzante	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		Ninguno de los anteriores	Enfermedad	Otra causa	Otra causa										
		El caso era leve	Accidente de trabajo	No estuvo hospitalizado	No estuvo hospitalizado										
		No tuvo tiempo	Accidente de transito	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias										
		El centro de atencion queda lejos	Accidente casero	Severidad del problema de salud	Severidad del problema de salud										
		Falta de dinero	Otro tipo de accidente	Poco valioso	Poco valioso										
		Cita distanciada en el tiempo	Herida con arma de fuego o corto punzante	Indiferente	Indiferente										
		No lo atendieron	Otra causa	Circulo	Circulo										
		No confia en los medicos	No estuvo hospitalizado	Fractura	Fractura										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										
		Me dan tramites para la cita	Severidad del problema de salud	Accidente de trabajo	Accidente de trabajo										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Poco valioso	Accidente de transito	Accidente de transito										
		No tiene EPS o seguro medico	Indiferente	Accidente casero	Accidente casero										
		Otra	Circulo	Otro tipo de accidente	Otro tipo de accidente										
		Ninguno de los anteriores	Fractura	Herida con arma de fuego o corto punzante	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		El caso era leve	Enfermedad	Otra causa	Otra causa										
		No tuvo tiempo	Accidente de trabajo	No estuvo hospitalizado	No estuvo hospitalizado										
		El centro de atencion queda lejos	Accidente de transito	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias										
		Falta de dinero	Accidente casero	Severidad del problema de salud	Severidad del problema de salud										
		Cita distanciada en el tiempo	Otro tipo de accidente	Poco valioso	Poco valioso										
		No lo atendieron	Herida con arma de fuego o corto punzante	Indiferente	Indiferente										
		No confia en los medicos	Otra causa	Circulo	Circulo										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	No estuvo hospitalizado	Fractura	Fractura										
		Me dan tramites para la cita	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Severidad del problema de salud	Accidente de trabajo	Accidente de trabajo										
		No tiene EPS o seguro medico	Poco valioso	Accidente de transito	Accidente de transito										
		Otra	Indiferente	Accidente casero	Accidente casero										
		Ninguno de los anteriores	Circulo	Otro tipo de accidente	Otro tipo de accidente										
		El caso era leve	Fractura	Herida con arma de fuego o corto punzante	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		No tuvo tiempo	Enfermedad	Otra causa	Otra causa										
		El centro de atencion queda lejos	Accidente de trabajo	No estuvo hospitalizado	No estuvo hospitalizado										
		Falta de dinero	Accidente de transito	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias										
		Cita distanciada en el tiempo	Accidente casero	Severidad del problema de salud	Severidad del problema de salud										
		No lo atendieron	Otro tipo de accidente	Poco valioso	Poco valioso										
		No confia en los medicos	Herida con arma de fuego o corto punzante	Indiferente	Indiferente										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	Otra causa	Circulo	Circulo										
		Me dan tramites para la cita	No estuvo hospitalizado	Fractura	Fractura										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										
		No tiene EPS o seguro medico	Severidad del problema de salud	Accidente de trabajo	Accidente de trabajo										
		Otra	Poco valioso	Accidente de transito	Accidente de transito										
		Ninguno de los anteriores	Indiferente	Accidente casero	Accidente casero										
		El caso era leve	Circulo	Otro tipo de accidente	Otro tipo de accidente										
		No tuvo tiempo	Fractura	Herida con arma de fuego o corto punzante	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		El centro de atencion queda lejos	Enfermedad	Otra causa	Otra causa										
		Falta de dinero	Accidente de trabajo	No estuvo hospitalizado	No estuvo hospitalizado										
		Cita distanciada en el tiempo	Accidente de transito	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias										
		No lo atendieron	Accidente casero	Severidad del problema de salud	Severidad del problema de salud										
		No confia en los medicos	Otro tipo de accidente	Poco valioso	Poco valioso										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	Herida con arma de fuego o corto punzante	Indiferente	Indiferente										
		Me dan tramites para la cita	Otra causa	Circulo	Circulo										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	No estuvo hospitalizado	Fractura	Fractura										
		No tiene EPS o seguro medico	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										
		Otra	Severidad del problema de salud	Accidente de trabajo	Accidente de trabajo										
		Ninguno de los anteriores	Poco valioso	Accidente de transito	Accidente de transito										
		El caso era leve	Indiferente	Accidente casero	Accidente casero										
		No tuvo tiempo	Circulo	Otro tipo de accidente	Otro tipo de accidente										
		El centro de atencion queda lejos	Fractura	Herida con arma de fuego o corto punzante	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		Falta de dinero	Enfermedad	Otra causa	Otra causa										
		Cita distanciada en el tiempo	Accidente de trabajo	No estuvo hospitalizado	No estuvo hospitalizado										
		No lo atendieron	Accidente de transito	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias										
		No confia en los medicos	Accidente casero	Severidad del problema de salud	Severidad del problema de salud										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	Otro tipo de accidente	Poco valioso	Poco valioso										
		Me dan tramites para la cita	Herida con arma de fuego o corto punzante	Indiferente	Indiferente										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Otra causa	Circulo	Circulo										
		No tiene EPS o seguro medico	No estuvo hospitalizado	Fractura	Fractura										
		Otra	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										
		Ninguno de los anteriores	Severidad del problema de salud	Accidente de trabajo	Accidente de trabajo										
		El caso era leve	Poco valioso	Accidente de transito	Accidente de transito										
		No tuvo tiempo	Indiferente	Accidente casero	Accidente casero										
		El centro de atencion queda lejos	Circulo	Otro tipo de accidente	Otro tipo de accidente										
		Falta de dinero	Fractura	Herida con arma de fuego o corto punzante	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		Cita distanciada en el tiempo	Enfermedad	Otra causa	Otra causa										
		No lo atendieron	Accidente de trabajo	No estuvo hospitalizado	No estuvo hospitalizado										
		No confia en los medicos	Accidente de transito	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	Accidente casero	Severidad del problema de salud	Severidad del problema de salud										
		Me dan tramites para la cita	Otro tipo de accidente	Poco valioso	Poco valioso										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Herida con arma de fuego o corto punzante	Indiferente	Indiferente										
		No tiene EPS o seguro medico	Otra causa	Circulo	Circulo										
		Otra	No estuvo hospitalizado	Fractura	Fractura										
		Ninguno de los anteriores	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										
		El caso era leve	Severidad del problema de salud	Accidente de trabajo	Accidente de trabajo										
		No tuvo tiempo	Poco valioso	Accidente de transito	Accidente de transito										
		El centro de atencion queda lejos	Indiferente	Accidente casero	Accidente casero										
		Falta de dinero	Circulo	Otro tipo de accidente	Otro tipo de accidente										
		Cita distanciada en el tiempo	Fractura	Herida con arma de fuego o corto punzante	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		No lo atendieron	Enfermedad	Otra causa	Otra causa										
		No confia en los medicos	Accidente de trabajo	No estuvo hospitalizado	No estuvo hospitalizado										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	Accidente de transito	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias										
		Me dan tramites para la cita	Accidente casero	Severidad del problema de salud	Severidad del problema de salud										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Otro tipo de accidente	Poco valioso	Poco valioso										
		No tiene EPS o seguro medico	Herida con arma de fuego o corto punzante	Indiferente	Indiferente										
		Otra	Otra causa	Circulo	Circulo										
		Ninguno de los anteriores	No estuvo hospitalizado	Fractura	Fractura										
		El caso era leve	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										
		No tuvo tiempo	Severidad del problema de salud	Accidente de trabajo	Accidente de trabajo										
		El centro de atencion queda lejos	Poco valioso	Accidente de transito	Accidente de transito										
		Falta de dinero	Indiferente	Accidente casero	Accidente casero										
		Cita distanciada en el tiempo	Circulo	Otro tipo de accidente	Otro tipo de accidente										
		No lo atendieron	Fractura	Herida con arma de fuego o corto punzante	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		No confia en los medicos	Enfermedad	Otra causa	Otra causa										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	Accidente de trabajo	No estuvo hospitalizado	No estuvo hospitalizado										
		Me dan tramites para la cita	Accidente de transito	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Accidente casero	Severidad del problema de salud	Severidad del problema de salud										
		No tiene EPS o seguro medico	Otro tipo de accidente	Poco valioso	Poco valioso										
		Otra	Herida con arma de fuego o corto punzante	Indiferente	Indiferente										
		Ninguno de los anteriores	Otra causa	Circulo	Circulo										
		El caso era leve	No estuvo hospitalizado	Fractura	Fractura										
		No tuvo tiempo	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										
		El centro de atencion queda lejos	Severidad del problema de salud	Accidente de trabajo	Accidente de trabajo										
		Falta de dinero	Poco valioso	Accidente de transito	Accidente de transito										
		Cita distanciada en el tiempo	Indiferente	Accidente casero	Accidente casero										
		No lo atendieron	Circulo	Otro tipo de accidente	Otro tipo de accidente										
		No confia en los medicos	Fractura	Herida con arma de fuego o corto punzante	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	Enfermedad	Otra causa	Otra causa										
		Me dan tramites para la cita	Accidente de trabajo	No estuvo hospitalizado	No estuvo hospitalizado										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Accidente de transito	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias										
		No tiene EPS o seguro medico	Accidente casero	Severidad del problema de salud	Severidad del problema de salud										
		Otra	Otro tipo de accidente	Poco valioso	Poco valioso										
		Ninguno de los anteriores	Herida con arma de fuego o corto punzante	Indiferente	Indiferente										
		El caso era leve	Otra causa	Circulo	Circulo										
		No tuvo tiempo	No estuvo hospitalizado	Fractura	Fractura										
		El centro de atencion queda lejos	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										
		Falta de dinero	Severidad del problema de salud	Accidente de trabajo	Accidente de trabajo										
		Cita distanciada en el tiempo	Poco valioso	Accidente de transito	Accidente de transito										
		No lo atendieron	Indiferente	Accidente casero	Accidente casero										
		No confia en los medicos	Circulo	Otro tipo de accidente	Otro tipo de accidente										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	Fractura	Herida con arma de fuego o corto punzante	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		Me dan tramites para la cita	Enfermedad	Otra causa	Otra causa										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Accidente de trabajo	No estuvo hospitalizado	No estuvo hospitalizado										
		No tiene EPS o seguro medico	Accidente de transito	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias										
		Otra	Accidente casero	Severidad del problema de salud	Severidad del problema de salud										
		Ninguno de los anteriores	Otro tipo de accidente	Poco valioso	Poco valioso										
		El caso era leve	Herida con arma de fuego o corto punzante	Indiferente	Indiferente										
		No tuvo tiempo	Otra causa	Circulo	Circulo										
		El centro de atencion queda lejos	No estuvo hospitalizado	Fractura	Fractura										
		Falta de dinero	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										
		Cita distanciada en el tiempo	Severidad del problema de salud	Accidente de trabajo	Accidente de trabajo										
		No lo atendieron	Poco valioso	Accidente de transito	Accidente de transito										
		No confia en los medicos	Indiferente	Accidente casero	Accidente casero										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	Circulo	Otro tipo de accidente	Otro tipo de accidente										
		Me dan tramites para la cita	Fractura	Herida con arma de fuego o corto punzante	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Enfermedad	Otra causa	Otra causa										
		No tiene EPS o seguro medico	Accidente de trabajo	No estuvo hospitalizado	No estuvo hospitalizado										
		Otra	Accidente de transito	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias										
		Ninguno de los anteriores	Accidente casero	Severidad del problema de salud	Severidad del problema de salud										
		El caso era leve	Otro tipo de accidente	Poco valioso	Poco valioso										
		No tuvo tiempo	Herida con arma de fuego o corto punzante	Indiferente	Indiferente										
		El centro de atencion queda lejos	Otra causa	Circulo	Circulo										
		Falta de dinero	No estuvo hospitalizado	Fractura	Fractura										
		Cita distanciada en el tiempo	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										
		No lo atendieron	Severidad del problema de salud	Accidente de trabajo	Accidente de trabajo										
		No confia en los medicos	Poco valioso	Accidente de transito	Accidente de transito										
		Consulto antes y no le solucionaron el problema	Indiferente	Accidente casero	Accidente casero										
		Me dan tramites para la cita	Circulo	Otro tipo de accidente	Otro tipo de accidente										
		Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio. Ahs de atendido	Fractura	Herida con arma de fuego o corto punzante	Herida con arma de fuego o corto punzante										
		No tiene EPS o seguro medico	Enfermedad	Otra causa	Otra causa										
		Otra	Accidente de trabajo	No estuvo hospitalizado	No estuvo hospitalizado										
		Ninguno de los anteriores	Accidente de transito	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias										
		El caso era leve	Accidente casero	Severidad del problema de salud	Severidad del problema de salud										
		No tuvo tiempo	Otro tipo de accidente	Poco valioso	Poco valioso										
		El centro de atencion queda lejos	Herida con arma de fuego o corto punzante	Indiferente	Indiferente										
		Falta de dinero	Otra causa	Circulo	Circulo										
		Cita distanciada en el tiempo	No estuvo hospitalizado	Fractura	Fractura										
		No lo atendieron	Por estos problemas de salud, ¿cuantos dias dejo de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Numero de dias	Enfermedad	Enfermedad										

Mayor de 60 años	20 a 59 años	18 a 19 años	12 a 17 años	6 a 11 años	3 a 5 años	0 a 1 año
		1				

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION Y CANALIZACIoN DEL RIESGO A NIVEL INIDIVIDUAL

LACTANCIA EXCLUSIVA # MESES	COMPLEMENTARIO # MESES	VACUNACIÓN NO	CUMPLE CON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE ACUERDO A LA EDAD SI/NO/NO SABE	ENFERMA CON FRECUENCIA SI/NO/NA	FIEBRE SI/NO/NA	DIARREA SI/NO/NA	GRIPA SI/NO/NA	SE ACUESTA SIN LAVARSE LOS DIENTES SI/NO	SANGRA DESPUÉS DE LAVAR LOS DIENTES SI/NO	CUANTAS VECES SE BAÑA LA BOCA AL DIA: MENOS DE 3 VECES	3 VECES	MAS DE 3 VECES	NUNCA
-	-	-	SI	-	-	-	-	NO	NO	-	SI	-	-

TBC DIAGNOSTICADO SI/NO	LEPRA DIAGNOSTICADO SI/NO	COVID-19: PRESENTÓ DX COVID-19 SI/NO	SECUELAS POR COVID 19 SI/NO CUAL	SE ENCUENTRA VACUNADO COVID-19 SI/NO	MUJER EN EDAD FÉRTIL / GESTANTE NA: FUR	GESTANTES (o No aplica): FECHA PROBABLE DE PARTO	CONTROL PRENATAL SI/NO	RIESGO ALTO	RIESGO BAJO
NO	NO	NO	NO	SI	—	-	-	-	-

INICIO VIDA SEXUAL SI	NO	NA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR SI	NO	NA	UTILIZA METODO DE BARRERA (o No Aplica) SI	NO	NA
-	X	-	-	X	-	-	X	-

CITOLOGIA CERVICAL (ULTIMO AÑO) (o No aplica) SI Normal	SI Anormal	NO	REALIZA PERIODICAMENTE EXAMEN DE SENO (o No aplica) SI Normal	SI Anormal	NO	TOMA DE MAMOGRAFIA (> 50 AÑOS) (o No aplica) SI Normal	SI Anormal	NO	EXAMEN DE PRoSTATA (o No aplica) SI Normal	SI Anormal	NO
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

HTA	DIABETES	EPOC	CANCER SI	NO	CUAL (o No aplica)	TRATAMIENTO SI	NO	NA	EDUCACION Y PAUTAS DE CUIDADO SALUD AUDITIVA Y VISUAL SI	NO	NA
NO	NO	NO	-	x	NA	-	-	X	X	-	-

IMPRESO POR IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT 79140516-1 TELEFONO 812 4315 - 310 560 4347

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN DEL RIESGO A NIVEL INIDIVIDUAL

Número de orden del individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T_DOC	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)	CURSO DE VIDA	CONSULTA PSICOLÓGICA EN EL ÚLTIMO AÑO	ACTIVACIÓN RUTA DE SALUD MENTAL	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA					REDES DE APOYO			APOYOS INSTITUCIONALES		CANALIZACIÓN A OTROS SERVICIOS	
								ALERTA (SI/NO)	CONCIENTE (SI/NO)	ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO (SI/NO)	ANTECEDENTES CLÍNICOS IMPORTANTES		VINCULOS FAMILIARES (SI/NO)		NO CUENTA CON RED DE APOYO FAMILIAR (SI/NO)	SE CUENTA CON APOYO PSICOLÓGICO DESDE CONTEXTOS		INSTITUCIONALES	EXTERNOS
						SI/NO	SI/NO				SI/NO	CUÁL	DEBILES	FUERTES		SI/NO	CUÁLES /NA	SI/NO	SI/NO
					0 a 1 Año														
					1 a 5 Años														
					6 a 11 Años														
					12 a 17 años														
1	MIGUEL ANGEL DIAZ	CC	1005929115	19	18 a 28 Años	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NA	NO	SI	NO	SI	EPS	NO	NO
					29 a 59 Años														
					Mayor de 60 Años														

Número de orden del individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T.I / CC	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)	CURSO DE VIDA	CONSULTA PSICOLÓGICA EN EL ÚLTIMO AÑO	ACTIVACIÓN RUTA DE SALUD MENTAL	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA			ANTECEDENTES CLÍNICOS IMPORTANTES		VÍNCULOS FAMILIARES SI/NO		REDES DE APOYO		APOYOS INSTITUCIONALES: SE CUENTA CON APOYO PSICOLÓGICO DESDE CONTEXTOS	SERVICIOS: INSTITUCIONALES	SERVICIOS: EXTERNOS
						SI/NO	SI/NO	[illegible] (SI/NO)	[illegible] (SI/NO)	[illegible] (SI/NO)	SI/NO	CUÁL	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SI/NO / CUÁLES	SI/NO	SI/NO
					0 a 1 Año														
					1 a 5 Años														
					6 a 11 Años														
					12 a 17 años														
1	[illegible] ANGEL DIAZ	CC	1005929115	19	18 a 28 Años	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NA	NO	SI	NO	SI	EPS	NO	NO
					29 a 59 Años														
					Mayor de 60 Años														

EL CAMBIO AVANZA

SECRETARIA SALUD - DIRRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FORMATO PLAN FAMILIAR

N° Ficha familiar: 20412 H.	Direccion de la vivienda y barrio: KR 23E 1E 44-27	Telefono: 3102242216

NOMBRE Y PERFIL DEL QUE REALIZA LA VISITA: DIANA FLOREZ ACX ENFERMERIA

VISITA INICIAL

Fecha	Hallazgos relevantes identificados en la familia	Educación brindada a la familia	Compromisos adquiridos con la familia	firma y cedula que recibe la visita
01 FEB 2023	SE CARACTERIZA USUARIO. ASISTE A CONTROL FISICO PERIODICAMENTE, UTILIZA PREDERMATIVO DE APLICO 1 DOSIS DE VACUNA CONTRA COVID-19	IMPORTANCIA DE COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN COVID-19 IMPORTANCIA DE TENER UNA BUENA ALIMENTACIÓN BALANCEADA, ACOMPAÑADA DE ACTIVIDAD FISICA. IMPORTANCIA DE LAVADO DE MANOS DESPUES DE CADA ACTIVIDAD.	USUARIO SE COMPROMETE. CONTINUAR ASISTIENDO A CONTROL MEDICO, COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN COVID-19 SEGUIR EDUCACIÓN BRINDADA	Miguel Diaz 1020539115

NOMBRE Y PERFIL DE QUE REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO: **VISITA DE SEGUIMIENTO**

Fecha	Logros Alcanzados en la familia	Dificultades	Educacion brindada	firma y cedula que recibe la visita

IMPRESO POR: IMPRESOS DE LINEA ANTES HOSPITALARIOS NIT 79140518-1 TELEFONO 417 4315 310 980 4347

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FORMATO CANALIZACION Y NOTIFICACION

BARRIO: Luis C. Galan 1

TIPO DE NOTIFICACIÓN
COMUNITARIA [ ]

COMUNA: 4

Nº DE FICHA: 201124

FECHA CAPTACION: 09 02 2023

EQUIPO RESPUESTA INICIAL: N

IDENTIFICACIÓN
QUIEN NOTIFICA

1er NOMBRE: MONICA
2do NOMBRE:
TIPO DE DOCUMENTO:
ADULTO SIN ID. [ ] CC [X] CE [ ] NIÑO(A) SIN ID [ ] RC [ ] TI [ ]
1er APELLIDO: FLOREZ
2do APELLIDO:
OTRO/CUAL:
No DOCUMENTO: 52465278
INSTITUCIÓN NOTIFICADORA: EPSS

QUIEN ES CANALIZADO

1er. NOMBRE: MIGUEL
2do NOMBRE: ANGEL
TIPO DE DOCUMENTO:
ADULTO SIN ID. [ ] CC [X] CE [ ] NIÑO(A) SIN ID [ ] RC [ ] TI [ ]
1er APELLIDO: DIAZ
2do APELLIDO: FLOREZ
OTRO/CUAL:
No DOCUMENTO: 1005929115
ESTADO CIVIL
SOLTERO(A) [X] CASADO(A) [ ] VIUDO(A) [ ] SEPARADO(A) [ ] UNIÓN LIBRE [ ]
FECHA DE NACIMIENTO: 12 7 2003

DIRECCIÓN
[ ] CALLE
[X] CARRERA
[ ] DIAGONAL
[ ] TRANSVERSAL
[ ] AVENIDA CALLE
[ ] AVENIDA CARRERA

23 NÚMERO [ ] LETRA [ ] BIS [ ] LETRA [ ] SUR [X] ESTE 44 NÚMERO [ ] LETRA [ ] BIS [ ] LETRA 27 NÚMERO [ ] SUR [ ] ESTE

COMPLEMENTO
INTERIOR [ ] BLOQUE [ ] OTRO [ ]
TORRE [ ] APARTAM [ ]
CASA [ ] MANZANA [ ] NUMERO

URBANA [X] RURAL [ ] VEREDA

SGSSS
CONTRIBUTIVO [ ] SUBSIDIADO [X] RÉGIMEN ESPECIAL [ ] NO ASEGURADO [ ]
TELÉFONOS: 3107342376
NOMBRE EPS: SALUD TOTAL

TIPO DE CANALIZACIÓN
CANALIZACIÓN PARA LA GESTIÓN TRANSECTORIAL [ ]
CANALIZACIÓN A EQUIPO ERI [X]
CANALIZACION PLAN DE BENEFICIO [ ]
CANALIZACIÓN A VIGILANCIA SANITARIA [ ]

CANALIZACIÓN A ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FISIOTERAPIA [ ]
ENFEMERIA [ ]
SANEAMIENTO BASICO [X]
SALUD BUCAL [ ]
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL [ ]
TRABAJO SOCIAL [ ]
OTRO/CUAL

CANALIZACIÓN A SERVICIOS PLAN DE BENEFICIOS

A. PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) [X]
ALTERACIONES DEL EMBARAZO. [ ]
ALTERACIONES DEL ADULTO (MAYOR DE 45 AÑOS) [ ]
ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL [ ]
PROGRAMA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES [ ]
ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL [ ]
CRECIMIENTO Y DESARROLLO (NIÑO(A) DE 10 AÑOS) [ ]
DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE SENO [ ]
DETECCIÓN DE VIH [ ]
ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES [ ]
ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (10-29 AÑOS) [ ]
DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO [ ]
PREVENCION CONSUMO DE SPA [ ]

B. SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD
URGENCIAS [ ]
SALA ERA [ ]
SERVICIO DE ODONTOLOGÍA [ ]
CONSULTA DE NUTRICION [ ]
SERVICIO DE MEDICINA GENERAL [ ]
ATENCIÓN EN SALUD MENTAL [ ]
ATENCION CANGURO O DE BAJO PESO AL NACER [ ]
SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIZADA
OTRO/CUAL

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y COMUNITARIA
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA Y/O MOTIVO DE LA CANALIZACION

USUARIO EN CUENTA DE VACUNACION COVID - 19 . INCOMPLETO.
PRESENCIA VECTORES

CANALIZACIÓN SERVICIOS SOCIALES
ALCALDÍA MUNICIPAL [ ]
POLICÍA NACIONAL [ ]
PLANEACION - SISBEN [ ]
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL [ ]
SECRETARIA DE GOBIERNO [ ]
SECRETARIA DE SALUD [ ]
SECREATARIA DE EDUCACION [ ]
HOGARES DE PROTECCION [ ]
SERVICIOS PUBLICOS [ ]
ICBF [ ]
SECREATARIA DE MOVILIDAD [ ]
PERSONERIA [ ]
SECRETARIA DE PLANEACIÓN GESTIÓN BIOAMBIENTAL [ ]

CANALIZACIÓN A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO
UNIDAD DE ATENCION Y ORIENTACION (UAO) [ ]

SEGUIMIENTO
ASISTIÓ AL SERVICIO AL CUAL FUE REMITIDO POR EL EQUIPO DE SALUD [ ] SI [ ] NO
NO LE ASIGNARON LA CITA DE FORMA OPORTUNA [ ]
NO LE PARECIÓ IMPORTANTE ASISTIR AL SERVICIO [ ]
NO CONTABA CON LOS RECURSOS (dinero-tiempo) PARA TRASLADARSE AL PUNTO DE ATENCIÓN [ ]
OTRO/CUAL

RESPUESTA DE LA ENTIDAD.
FECHA DE LA ATENCIÓN

PROCESOS PENDIENTES O POSTERIORES

FIRMA DEL PERFIL DE SOACHA CIUDAD SALUDABLE: Monica Florez
FIRMA PERSONA CANALIZADA

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES "HOSPITALARIOS" Nº ... TELEFONO ...

En otro municipio distinto a Bogota

SECRETARIA DE SALUD DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

VIVIENDA
FICHA NUMERO 2401311
VIVIENDA
UBICACION

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

FECHA DILIGENCIAMIENTO DD 31 MM 07 AA 2015
NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA
DORALBA LOPEZ ACOSTA ENFERMERA

ZONA
Municipio SOACHA
Urbana
Comuna 1
Rural
Barrio LOS CAMBULOS

Vereda
Direccion KR 23 A DG E 44 09
Telefono/Celular 3219945831
Distancia en horas a la cabecera Municipal 40 minutos

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2 X	1					
b. Programas para el adulto mayor	2 X	1					
c. Programas de formación del SENA	2 X	1					
d. Red Unidos Unidos	2 X	1					
e. Programas del ICBF	2 X	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2 X	1					
g. Ayudas para desplazados	2 X	1					
h. Otro ¿cual?	2	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

¿Usted prevee mudarse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PROXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 [illegible] GONZALEZ	2 X	1		2	1
2 GRACIELA GONZALEZ	2 X	1		2	1
3 JUAN REINA	2 X	1		2	1
4 CINDY LOPEZ	2 X	1		2	1
5 JESUS GONZALEZ	2 X	1		2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19 Su sitio de trabajo estudio se localiza:

En la misma comuna corregimiento donde reside 1
En otra comuna corregimiento del municipio distinta a la que reside 2
En Bogotá 3 Nombre Localidad o referencia _____ Nombre Barrio _____
En otro municipio distinto a Bogotá 4 Cual? _____
Actualmente no esta empleado ni es colocalizado 5 X

19 Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio? 0 minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica

20 Su IPS primaria se localiza:

En la misma comuna corregimiento donde reside 1
En otra comuna corregimiento del municipio distinto a la que reside 2 X
En Bogotá 3
En otro municipio distinto a Bogotá 4
Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS 5

20 Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria? 45 minutos
20 Le parece que queda: Cerca X Lejos

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO VIVIENDA SALUDABLES

GRUPO TÉNICO O POBLACIÓN ESPECIAL:

	DESCRIPCION DE LA VIVIENDA Y SUS CONDICIONES	SI	NO
1	Paredes y techos sin grietas, huecos, humedades	✓	
2	Las áreas habitaciones de la vivienda están separadas entre si (baño, cocinas y habitaciones)	✓	
	MANEJO DE AGUAS PARA CONSUMO HUMANO		
3	La vivienda cuenta con adecuado sistema de suministro de agua (acueducto, continuo, sin fugas, acometidas en buen estado, fuentes sin semovientes o libres de elementos extraños)		✓
	MANEJO DE AGUAS RESIDUALES		
4	La familia cuenta con unidad sanitaria sin riesgo higiénico sanitario	✓	
5	Existe adecuada disposición de aguas residuales y grises (baño, cocina, lavadero, terraza, campo abierto, pozo séptico)	✓	
	RESIDUOS SÓLIDOS		
6	Vivienda aseada y ordenada	✓	
	MANEJO DE PLAGAS		
7	Hay presencia de plagas en la vivienda (roedores, insectos, piojos, pulgas, palomas)	✓	
	ALIMENTOS E HIGIENE		
8	Adecuada limpieza de la cocina (orden, limpieza y desinfección)	✓	
9	¿Sabe que son las ETAS?		✓
	CONOCE LOS RIESGOS QUIMICOS EN EL HOGAR		
10	Los productos químicos están almacenados de forma segura (lugar ventilado, rotulados, separados de las áreas habitacionales)	✓	
11	Principales productos químicos usados dentro del hogar	PRODUCTOS ASEO	

NUESTRAS MASCOTAS

12	Numero de felinos en la vivienda	1	Machos	0	Hembras	1	
	Numero de Caninos en la vivienda	0	Machos	0	Hembras	0	
13	En el utlimo año sus mascota ha sido vacunado				N/A	—	X
	¿Porque no vacuna a sus mascotas?	Falta de interés			Falta de información		

CONOCE EL RIESGO DE CONTAMINACIÓN INTRAMURAL

14	Fuma dentro de la vivienda	SI	X NO

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

FORMATO DE CARACTERIZACIóN NUCLEOS FAMILIARES

IDENTIFICACIóN — VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Numero de orden del individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T_DOC	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)	FECHA NACIMIENTO DD	MM	AAAA	SEXO Hombre	Mujer
1	GONZALEZ DANARIS	CC	1073708640	26	5	1	96		X
2	GONZALEZ KAROL YOLIET	TI	1073703486	9	10	2	13		X
3	BELTRAN G JOHAN SEBAST	TI	1073708642	8 0	12	12	14	X	
4	LOPEZ EIDER SNEIDER	RC	NO REFIER	5	5	3	17	X	
5	GONZALEZ JESUS CAMILO	RC	NO REFIER	2	26	10	2000	X	
6									
7									
8									
9									
10									

N°	POBLACION DIFERENCIALES Y DE INCLUSION: Desplazado	Victima del conflicto armado	Reinsertados	Trabajador informal	Reciclador	Vendedor ambulante	Ninguno	GRUPO ETNICO: Indigena	Afro-colombiano	ROM o Gitano	Raizal del archipielago	Palenquero	Blanco	Mestizo	Ninguna de los anteriores
1							X								X
2							X								X
3							X								X
4							X								X
5							X								X
6															
7															
8															
9															
10															

N°	DISCAPACIDAD: Visual	Cognitiva	Auditiva	Fisica	Multiple	Ninguno	ORIENTACION SEXUAL: Lesbiana	Gay	Transgenero	Bisexual	Intersexual	Heterosexual	Otra	ESTADO CIVIL: Union libre	Casado	Viudo	Separado o divorciado	Soltero
1						X						X					X	
2						X						X						X
3						X						X						X
4						X						X						X
5						X						X						X
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

N°	ESCOLARIDAD: Analfabeta	Preescolar	Primaria	Secundaria	Tecnica	Tecnologica	Universitaria	Postgrado	Desescolarizado	TIPO DE FAMILIA: Unipersonal	Nuclear	Extensa o conjunta	Monoparental	Simultanea	Compuesta
1				6.									X		
2			4										X		
3			3										X		
4			1										X		
5													X		
6															
7															
8															
9															
10															

N°	OCUPACIóN: Asalariado de empresa particular con contrato a término indefinido	Asalariado de empresa particular con contrato a término fijo	Asalariado del Gobierno con contrato a término indefinido	Asalariado del Gobierno con contrato a término fijo	Jornalero o peón	Trabajador por cuenta propia o Trabajo informal	Patrón o empleador	Trabajador de su propia finca (en arriendo o aparcería)	Trabajador familiar sin remuneración	Pensionado	Estudiante	Menor de edad	Otro, cual?
1									X				
2											X		
3											X		
4	o										X		
5											X		
6													
7													
8													
9													
10													

N°	RELIGIóN: Católica	Evangélica y Pentecostal (Evangélico Pentecostal, Iglesia de Dios, Asambleas de Dios, Iglesia Universal del Reino de Dios, Iglesia Cuadrangular, Iglesia de Cristo, Congregación Cristiana, Menonita, Hermanos de Cristo, Iglesia Cristiana Reformada, Carismático, no católico, Luz del Mundo, Bautista, Iglesia del …)	Testigos de Jehová	Otro, ¿Cuál?	Ninguna
1		X			
2		X			
3		X			
4		X			
5		X			
6					
7					
8					
9					
10					

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT 79140516 TELEFONO 812 4315

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO DE CARACTERIZACIóN NUCLEOS FAMILIARES

CONDICION DE AFILIACIóN AL SGSSS				CONDICIóN DE SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIóN AMBULATORIA: En los ULTIMOS 30 DIAS ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas de salud que NO implicaron hospitalización?							¿Qué hizo principalmente para tratar ese problema de salud?									Si no utilizó los servicios de un profesional de la salud, La razón principal fue:													Severidad del problema de salud	CONDICIóN DE SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIóN: Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿Estuvo hospitalizado por?											Severidad del problema de salud	CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ¿Cuál es la alternativa que mejor describe su estado de salud en el dia de hoy en términos de ? Movilidad			Cuidado personal			ACTIVIDADES COTIDIANAS (trabajar, estudiar, actividades familiares, de recreación, etc.)			DOLOR/ MALESTAR			ANGUSTIA/ DEPRESIóN				
Actualmente ¿... está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de Seguridad Social en Salud?	Nombre de la EPS	En los ULTIMOS 12 MESES, ¿...estuvo cubierto por una entidad de Seguridad Social en Salud?	De manera voluntaria, ¿... tiene planes complementarios de salud como medicina prepagada, pólizas o seguros de salud?	Enfermedad o dolor crónico	Accidente o lesión física	Problema odontológico	Cirugía Ambulatoria	signos de alarma en la gestación	sintomáticos respiratorios	Ninguno	Acudió a un hospital, clínica, centro de salud u otra institución de salud	Acudió a un médico general, especialista particular u odontólogo	Acudió a un profesional de medicina alternativa (Homeópata o acupunturista)	Acudió a un profesional de medicina alternativa (Homeópata o acupunturista)	Acudió al boticario, farmaceuta (Droguería)	Consultó a un tegua, curandero, yerbatero, comadrona	Usó remedios caseros	Se auto recetó	Ninguna de los anteriores	El caso era leve	No tuvo tiempo	El centro de atención queda lejos	Falta de dinero	Cita distanciada en el tiempo	No lo atendieron	No confía en los médicos	Consultó antes y no le resolvieron el problema	Muchos trámites para la cita	Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio antes de atenderlo	No tiene EPS o seguro medico	Otra	Ninguno de los anteriores	Por esos problemas de salud, ¿cuántos días dejó de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Número de días	Parto vaginal	Parto abdominal (cesarea)	Cirugía	Enfermedad	Accidente de trabajo	Accidente de tránsito	Accidente casero	Otro tipo de accidente	Herida con arma de fuego o corto punzante	Otra causa	No estuvo hospitalizado	Por esos problemas de salud, ¿cuántos días dejó de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Número de días	No tiene problemas para caminar	Tiene algunos problemas para caminar	Tiene que estar en cama	No tiene problemas con el cuidado personal	Tiene algunos problemas para bañarse y vestirse	Es incapaz de bañarse o vestirse	No tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas	Tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas	Es incapaz de realizar sus actividades cotidianas	No tiene dolor ni malestar	Tiene moderado dolor o malestar	Tiene mucho dolor o malestar	No está angustiado(a) ni deprimido(a)	Ha pensado y/O intentado suicidarse	Está moderadamente angustiado(a) o deprimido(a)	Está muy angustiado(a) o deprimido(a)	En una escala de 0 a 100 señale su estado de salud actual, donde 100 indica el mejor estado de salud y 0 el peor que pueda imaginarse
X	ECOOP	SI	X							X																					X													X		X			X			X			X			X				80
X	SURA	SI	X							X																					X													X		X			X			X			X			X				80
X		SI	X							X																					X													X		X			X			X			X			X				80
X	ECOOPSO.	SI	X							X																					X													X		X			X			X			X			X				80
X		SI	X							X																					X													X		X			X			X			X			X				80

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION Y CANALIZACIÓN DEL RIESGO A NIVEL INIDIVIDUAL

Numero de orden del individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T_DOC	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)	CURSO DE VIDA	CONSULTA MEDICA ULTIMO AÑO (SI/NO)	RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO - CRECIMIENTO Y DESARROLLO (SI/NO/NA)	EVALUACIÓN NUTRICIONAL - TEST DE FINDRISK - CARDIOVASCULAR-EPOC																			SINTOMATICO RESPIRATORIO (De más de 15 días de evolución)				
								EDAD (Solo aplica para > de 18 años)	TALLA	PESO	IMC	PERIMETRO ABDOMINAL (Solo aplica para > de 18 años)	ACTIVIDAD FISICA (Solo aplica para > de 18 años)	CONSUMO FRUTAS Y VERURAS A DIARIO (Solo aplica para > de 18 años)	TOMA MEDICAMENTO PARA HTA (Solo aplica para > de 18 años)	LE HAN ENCONTRADO VALORES DE GLUCOSA ALTA (Solo aplica para > de 18 años)	FAMILIARES CON DX DE DM (Solo aplica para > de 18 años)	RESULTADO TEST FINDRISK (Solo aplica para > de 18 años)	TENSION ARTERIAL (>DE 14 AÑOS)		FUMA O EX FUMADOR (Solo para > de 40 años)	TOSE MUCHAS VECES SI / NO/NA	TIENE MOCOS O FLEMAS LA MAYORIA DE LOS DIAS (Solo para > de 40 años SI/NO / NA)	SE QUEDA SIN AIRE MÁS FACILMENTE QUE OTRAS PERSONAS DE SU EDAD (Solo para > de 40 años / SI/NO / NA)	RIESGO DE EPOC (Solo para > de 40 años)	SIGNOS DNT (SI/NO)	SOBREPESO PARA LA EDAD (SI/NO)	TOS IGUAL O MAYOR A 15 DIAS	PERDIDA DE PESO	FIEBRE	TOS SECA	TOS CON FLEMA
																		SISTOLICA (NA)	DIASTOLICA (NA)													
								< 45= 0 45 a 54= 2 55 a 64= 3 > 64= 4 NA			< 25= 0 25 A 30= 1 > 30= 3	Hombres < 94= 0 > 94= 4 Mujeres < 90= 0 > 90= 4 NA	SI= 0 NO= 2 NA	SI= 0 NO= 1 NA	SI= 2 NO= 0 NA	SI= 5 NO= 0 NA	Padre, hno, hijos= 5 Abuelos, tios, primos 3 Otros o ninguno= 0 NA			SI / NO/NA							SI/ NO	SI/ NO/ NA	SI/ NO/ NA	SI/ NO/ NA	SI/ NO/ NA
					0 a 1 Año																											
4	KAREN LOPEZ	RC	NO REFIERE	5	1 a 5 Años	NO	NO	NA	117	20,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
5	JESUS GONZALEZ	RC	NO REFIERE	3		NO	NO	NA	89	12,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2	KAROL GONZALEZ	TI	1073703486	9	6 a 11 Años	NO	NO	NA	142	32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3	JOHAN BELTRAN	TI	1073706642	8		NO	NO	NA	131	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
					12 a 17 Años																											
1	DANARIS GONZALEZ	RC	1073708640	26	18 a 28 Años	NO	NO	0	159	62	1	0	2	1	0	0	0	4	118	73	—	—	—	—	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
					29 a 59 Años																											
					Mayor de 60 Años																											

IMPRESO POR: IMPRESOS DELVASANTES HOSPITALARIOS NIT: 79145618- 1 TELÉFONO: 8124315 - 310 360 4247

DIRECCION DE SALUD PUBLICA

EL CAMBIO AVANZA

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO **AVANZA**

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION Y CANALIZACIÓN DEL RIESGO A NIVEL INDIVIDUAL

LACTANCIA MATERNA (Solo < de 2 años o No Aplica) EXCLUSIVA # MESES	COMPLEMENTARIO # MESES	NO	VACUNACIÓN: CUMPLE CON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE ACUERDO A LA EDAD SI/NO/NOSABE	AIEPI (Solo < de 5 años o No Aplica): ENFERMA CON FRECUENCIA SI/NO/NA	FIEBRE SI/NO/NA	DIARREA SI/NO/NA	GRIPA SI/NO/NA	SALUD ORAL: SE ACUESTA SIN LAVARSE LOS DIENTES SI/NO	SANGRA DESPUES DE LAVAR LOS DIENTES SI/NO	CUANTAS VECES SE BAÑA LA BOCA AL DÍA: MENOS DE 3 VECES	3 VECES	MAS DE 3 VECES	NUNCA	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES: TBC DIAGNOSTICADO SI/NO	LEPRA DIAGNOSTICADO SI/NO	COVID-19: PRESENTA O DX COVID-19 SI/NO	SECUELAS POR COVID-19 SI/NO CUAL	SE ENCUENTRA VACUNADO COVID-19 SI/NO
4	0	—	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	—	—	—	NO	NO	NO	NO	SI
6	10	—	SI.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	—	—	—	NO	NO	NO	NO	NO
—	—	—	SI	NO	—	—	—	NO	NO	SI	—	—	—	NO	NO	NO	NO	SI
—	—	—	SI	—	—	—	—	NO	NO	SI	—	—	—	NO	NO	NO	NO	SI.
—	—	—	SI	—	—	—	—	NO	NO	SI	—	—	—	NO	NO	SI	NO	SI

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: MUJER EN EDAD FÉRTIL / GESTANTE NA: FUR	GESTANTES (ó No aplica): FECHA PROBABLE DE PARTO	CONTROL PRENATAL SI/NO	RIESGO ALTO	RIESGO BAJO	INICIO VIDA SEXUAL SI	NO	NA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR SI	NO	NA	UTILIZA METODO DE BARRERA (ó No Aplica) SI	NO	NA
—	—	—	—	—	—	X	—	—	X	—	—	X	—
—	—	—	—	—	—	X	—	—	X	—	—	X	—
—	—	—	—	—	X	—	—	X	—	—	X	—	—
—	—	—	—	—	X	—	—	X	—	—	X	—	—
—	—	—	—	—	X	—	—	X	—	—	X	—	—
—	—	—	—	—	—	X	—	—	X	—	—	X	—
—	—	—	—	X	—	—	X	—	—	X	—	—	—

ENFERMEDADES CRÓNICAS: CITOLOGÍA CERVICAL (ÚLTIMO AÑO) (ó No aplica) SI Normal	SI Anormal	NO	REALIZA PERIODICAMENTE EXAMEN DE SENO (ó No aplica) SI Normal	SI Anormal	NO	TOMA DE MAMOGRAFIA (> 50 AÑOS) (ó No aplica) SI Normal	SI Anormal	NO	EXAMEN DE PROSTATA (ó No aplica) SI Normal	SI Anormal	NO	CRÓNICAS (OTRO) HTA	DIABETES	EPOC	CANCER SI	NO	CUAL (ó No aplica)	RECIBE TTO SI	NO	NA	EDUCACION Y PAUTAS DE CUIDADO SALUD AUDITIVA Y VISUAL (Para mayores de 18 años) SI	NO	NA
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	NO	NO	NO	—	X	NA	—	X	—	—	—	X
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	NO	NO	NO	—	X	NA	—	—	X	—	—	X
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	NO	NO	NO	—	X	NA	—	—	X	—	—	X
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	NO	NO	NO	—	X	NA	—	—	X	—	—	X
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	NO	NO	NO	—	X	NA	—	—	X	X	—	—

IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT 79160518 TELEFONO 8124315

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN DEL RIESGO A NIVEL INDIVIDUAL

Número de orden del individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T.I. C.C.	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)	CURSO DE VIDA	CONDUCTA PSICOLOGICA A EVALUAR (SI/NO)	ACTIVIDAD BUEN USO DE SALUD MENTAL (SI/NO)	EVALUACION PSICOLOGICA								PEDIDO DE APOYO		APOYOS INSTITUCIONALES		CANALIZACION A OTROS SERVICIOS	
								RIESGO VIOLENCIA	CONSUMO DE SPA	CONSUMO ALCOHOL EPISODICO (BINGE)	ANTECEDENTES O CONSUMOS IMPORTANTES		VINCULOS AFECTIVOS (SANO)		NO CONSENTIMIENTO APOYO INSTITUCIONAL		DE CUENTA CON APOYO PSICOLOGICOS DESDE SU HOGAR	INSTITUCIONALES	EXTERNOS	
											SANO	CUAL	DEBILES	FUERTES						
					0 a 1 Año																
4	GISSEL LOPEZ	RC	NUC REFIERE	9																	
5	JESUS SANTAFEZ	RC	NUC REFIERE	2	1 a 5 Años	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NA	NO	SI	NO	SI	EPS	NO	NO		
						NO	NO	SI	SI	SI	NO	NA	NO	SI	NO	SI	EPS	NO	NO		
2	KAROL SOLEDAD	TI	1032213456	5	6 a 11 Años	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NA	NO	SI	NO	SI	EPS	NO	NO		
3	JUAN BELTRAN	TI	1033766642	8		NO	NO	SI	SI	SI	NO	NA	NO	SI	NO	SI	EPS	NO	NO		
					12 a 17 Años																
1	DANIELA SANTAFEZ	RC	1032566546	16	18 a 28 Años	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NA	NO	SI	NO	SI	EPS	NO	NO		
					29 a 59 Años																
					Mayor de 60 Años																

DIRECCION DE SALUD PUBLICA

EL CAMBIO AVANZA

SECRETARIA SALUD - DIRRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FORMATO PLAN FAMILIAR

N° Ficha familiar: 294137	Direccion de la vivienda y barrio: KR 23A ESTE 744-09	Telefono: 3217943871

NOMBRE Y PERFIL DEL QUE REALIZA LA VISITA: VERONICA FLOREZ - AUXENFERMERIA

VISITA INICIAL

Fecha	Hallazgos relevantes identificados en la familia	Educación brindada a la familia	Compromisos adquiridos con la familia	firma y cedula que recibe la visita
01 FEB 2023	SE CARACTERIZA NUCLEO FAMILIAR. #1 NO CONTROL MEDICO, NO CITOLOGIA, PLANIFICA CON JADELL. #2-3 NO CONTROL MEDICO NI ODONTOLOGICO. #4-5 NO CONTROL DE CYD, VACUNACIÓN AL DIA. TIENEN 2 DOSIS DE VACUNACIÓN COVID-19.	IMPORTANCIA DE CONOCER Y VIGILAR SIGNOS DE ALARMA DE PATOLOGIAS PREVALENTES DE LA INFANCIA COMO ENFERMEDADES RESPIRATORIA Y DIARREICA. IMPORTANCIA DE ASISTIR A CONTROL DE CYD Y CONTROL MEDICO. IMPORTANCIA DE REALIZARSE CITOLOGIA PARA PREVENCIÓN DE CANCER.	NUCLEO FAMILIAR SE COMPROMETE. ASISTIR A CONTROL MEDICO Y DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO Y ODONTOLOGICO. SEGUIR EDUCACIÓN BRINDADA.	Damaris Gonzalez 1073708640

VISITA DE SEGUIMIENTO

NOMBRE Y PERFIL DE QUE REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO:

Fecha	Logros Alcanzados en la familia	Dificultades	Educacion brindada	firma y cedula que recibe la visita

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518-1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347
DIRECCION DE SALUD PUBLICA
EL CAMBIO AVANZA

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SA...
ALCALDIA M...

SECRETARIA DE SALUD- DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FORMATO CANALIZACION Y NOTIFICACION

N° DE FICHA 29413H

BARRIO NUEVO CAIAN 1 COMUNA 4 FECHA CAPTACION 01 02 2023

TIPO DE NOTIFICACIÓN COMUNITARIA ☐ EQUIPO RESPUESTA INICIAL ☒

IDENTIFICACIÓN

QUIEN NOTIFICA

1er NOMBRE NORMA 2do NOMBRE 1er APELLIDO FLOREZ 2do APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO: ADULTO SIN ID ☐ CC ☒ CE ☐ NIÑO(A) SIN ID ☐ RC ☐ TI ☐ OTRO/CUAL ☐ No. DOCUMENTO 52455272

INSTITUCIÓN NOTIFICADORA ERSS

QUIEN ES CANALIZADO

1er NOMBRE DANARIS 2do NOMBRE 1er APELLIDO FONTACEZ 2do APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO: ADULTO SIN ID ☐ CC ☒ CE ☐ NIÑO(A) SIN ID ☐ RC ☐ TI ☐ OTRO/CUAL ☐ No. DOCUMENTO 1073...

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ SEPARADO(A) ☒ UNION LIBRE ☐ FECHA DE NACIMIENTO 5 A 1996

DIRECCIÓN
☐ CALLE 23 NÚMERO A LETRA ☐ BIS ☐ LETRA ☐ SUR ☐ ESTE 44 NÚMERO ☐ LETRA ☐ BIS ☐ LETRA 09 NÚMERO ☐ SUR ☐ ESTE
☒ CARRERA
☐ DIAGONAL
☐ TRANSVERSAL
☐ AVENIDA CALLE
☐ AVENIDA CARRERA

COMPLEMENTO: INTERIOR ☐ BLOQUE ☐ OTRO ☐ TORRE ☐ APARTAM ☐ CASA ☐ MANZANA ☐ NUMERO

URBANA ☒ RURAL ☐ VEREDA

TELÉFONOS 3217943891

SGSSS: CONTRIBUTIVO ☐ SUBSIDIADO ☒ RÉGIMEN ESPECIAL ☐ NO ASEGURADO ☐ NOMBRE EPS ECOOPSOS

TIPO DE CANALIZACIÓN
CANALIZACIÓN PARA LA GESTIÓN TRANSECTORIAL ☐ CANALIZACIÓN A EQUIPO EPS ☒ CANALIZACIÓN PLAN DE BENEFICIO ☒ CANALIZACIÓN A VIGILANCIA SANITARIA ☐

CANALIZACIÓN A ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

FISIOTERAPIA ☐ ENFERMERIA ☐ SANEAMIENTO BASICO ☒ SALUD BUCAL ☐ INTERVENCION PSICOSOCIAL ☐ TRABAJO SOCIAL ☐ OTRO/CUAL ☐

CANALIZACIÓN A SERVICIOS PLAN DE BENEFICIOS

A. PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) ☐
ALTERACIONES DEL EMBARAZO. ☐
ALTERACIONES DEL ADULTO (MAYOR DE 45 AÑOS) ☐
ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL ☐
PROGRAMA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES ☐
ATENCION PREVENTIVA EN SALUD BUCAL ☐
CRECIMIENTO Y DESARROLLO (NIÑO/A) DE 10 AÑOS) ☐
DETECCION TEMPRANA DEL CÁNCER DE SENO ☐
DETECCION DE VIH ☐
ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES ☐
ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (10-29 AÑOS) ☐
DETECCION TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO ☒
PREVENCION CONSUMO DE SPA ☐

B. SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD
URGENCIAS ☐ SALA ERA ☐ SERVICIO DE ODONTOLOGÍA ☐ CONSULTA DE NUTRICION ☐
SERVICIO DE MEDICINA GENERAL ☒ ATENCION EN SALUD MENTAL ☐ SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIZADA ☐ OTRO/CUAL ☐
ATENCION CANGURO O DE BAJO PESO AL NACER ☐

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y COMUNITARIA

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA Y/O MOTIVO DE LA CANALIZACION

MASCOTAS SIN VACUNAR, USUARIA NO ASISTE A CONTROL MEDICO. NO CITOLOGÍA

CANALIZACIÓN SERVICIOS SOCIALES

ALCALDÍA MUNICIPAL ☐ POLICÍA NACIONAL ☐ PLANEACION - SISBEN ☐
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL ☐ SECRETARIA DE GOBIERNO ☐
SECRETARIA DE SALUD ☐ SECREATARIA DE EDUCACION ☐ HOGARES DE PROTECCION ☐ SERVICIOS PUBLICOS ☐
ICBF ☐ SECREATARIA DE MOVILIDAD ☐ PERSONERIA ☐ SECRETARIA DE PLANEACION GESTION BIOAMBIENTAL ☐

CANALIZACIÓN A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO
UNIDAD DE ATENCION Y ORIENTACION (UAO) ☐

SEGUIMIENTO

ASISTIÓ AL SERVICIO AL CUAL FUE REMITIDO POR EL EQUIPO DE SALUD SI ☐ NO ☐
NO LE ASIGNARON LA CITA DE FORMA OPORTUNA ☐
NO LE PARECIÓ IMPORTANTE ASISTIR AL SERVICIO ☐
NO CONTABA CON LOS RECURSOS (dinero-tiempo) PARA TRASLADARSE AL PUNTO DE ATENCION ☐
OTRO/CUAL

RESPUESTA DE LA ENTIDAD.

FECHA DE LA ATENCION

PROCESOS PENDIENTES O POSTERIORES

FIRMA DEL PERFIL DE SOACHA CIUDAD SALUDABLE NORMA FLOREZ

FIRMA PERSONA CANALIZADA

En otro municipio ... empleado ni escolarizado ... menores

SALUD -DIRECCIÓN ... DE SOACHA

SECRETARIA DE SALUD- DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FORMATO CANALIZACION Y NOTIFICACION

Nº DE FICHA 39413H

BARRIO JUAN C. GAITAN COMUNA 4 FECHA CAPTACION 01 02 2023

TIPO DE NOTIFICACIÓN
COMUNITARIA ☐ EQUIPO RESPUESTA INICIAL ☒

IDENTIFICACIÓN

QUIEN NOTIFICA

1er. NOMBRE MONICA 2do. NOMBRE 1er. APELLIDO FLOREZ 2do. APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO:
ADULTO SIN ID ☐ CC ☒ CE ☐ NIÑO(A) SIN ID ☐ RC ☐ TI ☐ OTRO/CUAL ☐ No. DOCUMENTO 52465218

INSTITUCIÓN NOTIFICADORA ERSS.

QUIEN ES CANALIZADO

1er. NOMBRE JESUS 2do. NOMBRE CARLOS 1er. APELLIDO FONTACHE 2do. APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO:
ADULTO SIN ID. ☐ CC ☐ CE ☐ NIÑO(A) SIN ID. ☐ RC ☒ TI ☐ OTRO/CUAL ☐ No. DOCUMENTO

ESTADO CIVIL
SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ SEPARADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ FECHA DE NACIMIENTO 26 05 2020

DIRECCIÓN
CALLE ☐ 23 NÚMERO ☒ LETRA ☐ BIS ☐ LETRA ☐ SUR ☒ ESTE - 44 NÚMERO ☐ LETRA ☐ BIS ☐ LETRA 09 NÚMERO ☐ SUR ☐ ESTE
CARRERA ☒
DIAGONAL ☐
TRANSVERSAL ☐
AVENIDA CALLE ☐
AVENIDA CARRERA ☐

COMPLEMENTO
INTERIOR ☐ BLOQUE ☐ OTRO ☐
TORRE ☐ APARTAM. ☐
CASA ☐ MANZANA ☐ NUMERO

URBANA ☒ RURAL ☐ VEREDA
TELÉFONOS 3213943874

SGSSS
CONTRIBUTIVO ☐ SUBSIDIADO ☒ RÉGIMEN ESPECIAL ☐ NO ASEGURADO ☐ NOMBRE EPS COOPHOS

TIPO DE CANALIZACIÓN
CANALIZACIÓN PARA LA GESTIÓN TRANSECTORIAL ☐ CANALIZACIÓN A EQUIPO ER ☒ CANALIZACION PLAN DE BENEFICIO ☑ CANALIZACION A VIGILANCIA SANITARIA ☐

CANALIZACIÓN A ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

FISIOTERAPIA ☐ SANEAMIENTO BASICO ☐ INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL ☐ OTRO/CUAL
ENFEMERIA ☐ SALUD BUCAL ☒ TRABAJO SOCIAL ☐

CANALIZACIÓN A SERVICIOS PLAN DE BENEFICIOS

A. PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) ☐
ALTERACIONES DEL EMBARAZO. ☐
ALTERACIONES DEL ADULTO (MAYOR DE 45 AÑOS) ☐
ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL ☐
PROGRAMA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES ☐

ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL ☒
CRECIMIENTO Y DESARROLLO (NIÑO(A) DE 10 AÑOS) ☒
DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE SENO ☐
DETECCION DE VIH ☐

ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES ☐
ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (10-29 AÑOS) ☐
DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO ☐
PREVENCION CONSUMO DE SPA ☐

B. SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD
URGENCIAS ☐ SALA ERA ☐
SERVICIO DE ODONTOLOGÍA ☐ CONSULTA DE NUTRICION ☐

SERVICIO DE MEDICINA GENERAL ☐ ATENCIÓN EN SALUD MENTAL ☐ SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIZADA
ATENCION CANGURO O DE BAJO PESO AL NACER ☐ OTRO/CUAL

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y COMUNITARIA

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA Y/O MOTIVO DE LA CANALIZACION

MENOR NO CONTROL DE CYD, NI ODONTOLOGICO

CANALIZACIÓN SERVICIOS SOCIALES

ALCALDÍA MUNICIPAL ☐ SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL ☐ SECRETARIA DE SALUD ☐ ICBF ☐
POLICÍA NACIONAL ☐ SECRETARIA DE GOBIERNO ☐ SECREATARIA DE EDUCACION ☐ SECREATARIA DE MOVILIDAD ☐
PLANEACION - SISBEN ☐ ☐ HOGARES DE PROTECCION ☐ PERSONERIA ☐
SERVICIOS PUBLICOS ☐ SECRETARIA DE PLANEACIÓN GESTION BIOAMBIENTAL ☐

CANALIZACIÓN A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO
UNIDAD DE ATENCION Y ORIENTACION (UAO) ☐

SEGUIMIENTO

ASISTIÓ AL SERVICIO AL CUAL FUE REMITIDO POR EL EQUIPO DE SALUD SI ☐ NO ☐
NO LE ASIGNARON LA CITA DE FORMA OPORTUNA ☐
NO LE PARECIÓ IMPORTANTE ASISTIR AL SERVICIO ☐
NO CONTABA CON LOS RECURSOS (dinero-tiempo) PARA TRASLADARSE AL PUNTO DE ATENCIÓN ☐
OTRO/CUAL

RESPUESTA DE LA ENTIDAD. FECHA DE LA ATENCION

PROCESOS PENDIENTES O POSTERIORES

FIRMA DEL PERFIL DE SOACHA CIUDAD SALUDABLE MONICA FLOREZ FIRMA PERSONA CANALIZADA

ANEXO POS: IMPRESOS DILIGENCIADOS HOSPITALARIOS Nº 2016 TELEFONO 312 435 150 ext 431

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FORMATO CANALIZACION Y NOTIFICACION

Nº DE FICHA 29413H.

FECHA CAPTACIÓN

CACIÓN

COMUNA 4

EQUIPO RESPUESTA INICIAL

IDENTIFICACIÓN

QUIEN NOTIFICA

1er. APELLIDO FLOREZ 2do. APELLIDO

2do. NOMBRE VERONICA OTRO/CUAL No. DOCUMENTO 52465278

MENTO: CC CE NIÑO(A) SIN ID RC TI

OTIFICADORA ERSS

QUIEN ES CANALIZADO

1er. APELLIDO LOPEZ 2do. APELLIDO

2do. NOMBRE EIDEL SEVEDEL OTRO/CUAL No. DOCUMENTO

MENTO: CC CE NIÑO(A) SIN ID RC TI FECHA DE NACIMIENTO 5 7 2013

CASADO(A) VIUDO(A) SEPARADO(A) UNIÓN LIBRE

23 NÚMERO LETRA BIS LETRA SUR 44 NÚMERO LETRA BIS LETRA 004 NÚMERO SUR ESTE

COMPLEMENTO

INTERIOR BLOQUE OTRO

TORRE APARTAM. NUMERO

CASA MANZANA

URBANA RURAL VEREDA

TELÉFONOS 3217943871

NOMBRE EPS ECOOPSOS

SUBSIDIADO RÉGIMEN ESPECIAL NO ASEGURADO

CANALIZACIÓN A VIGILANCIA SANITARIA

CANALIZACIÓN A EQUIPO ERI CANALIZACION PLAN DE BENEFICIO

ZACIÓN

ARA LA GESTIÓN TRANSECTORIAL

CANALIZACIÓN A ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

TRABAJO SOCIAL

OTRO/CUAL

SANEAMIENTO BASICO

SALUD BUCAL

CANALIZACIÓN A SERVICIOS PLAN DE BENEFICIOS

ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL

CRECIMIENTO Y DESARROLLO (NIÑO(A) DE 10 AÑOS)

DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE SENO

DETECCION DE VIH

ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES

ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (10-29 AÑOS)

DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

PREVENCION CONSUMO DE SPA

ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA

LIADO DE INMUNIZACIONES (PAI)

DEL EMBARAZO.

DEL ADULTO (MAYOR DE 45 AÑOS)

DE LA AGUDEZA VISUAL

ERMEDADES TRANSMISIBLES

RECUPERACIÓN DE LA SALUD

SALA ERA

ONTOLOGÍA CONSULTA DE NUTRICION

SERVICIO DE MEDICINA GENERAL ATENCIÓN EN SALUD MENTAL SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIZADA

ATENCION CANGURO O DE BAJO PESO AL NACER OTRO/CUAL

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y COMUNITARIA

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA Y/O MOTIVO DE LA CANALIZACION

NOR NO CONTROL DE CYO, NI ODONTOLOGICO.

CANALIZACIÓN SERVICIOS SOCIALES

PAL

L

SBEN

SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL

SECRETARIA DE GOBIERNO

SECRETARIA DE SALUD

SECREATARIA DE EDUCACION

HOGARES DE PROTECCION

SERVICIOS PUBLICOS

ICBF

SECREATARIA DE MOVILIDAD

PERSONERIA

SECRETARIA DE PLANEACIÓN GESTIÓN BIOAMBIENTAL

VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

ENCION Y ORIENTACION (UAO)

SEGUIMIENTO

CIO AL CUAL FUE REMITIDO POR EL EQUIPO DE SALUD SI NO

N LA CITA DE FORMA OPORTUNA

PORTANTE ASISTIR AL SERVICIO

NO CONTABA CON LOS RECURSOS (dinero-tiempo) PARA TRASLADARSE AL PUNTO DE ATENCIÓN

OTRO/CUAL

FECHA DE LA ATENCIÓN

ENTIDAD.

IMPRESO POR IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT 79140516 - 1 TELEFONO 812 4315 - 310 560 4347

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA
FICHA NUMERO 29414 · FECHA DILIGENCIAMIENTO DD 09 MM 02 . 2023
VIVIENDA
UBICACIÓN NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA
MONICA FICRET ACUÑA HERNANDEZ.

ZONA
Municipio: SOACHA
[X] Urbana Comuna: 4
[ ] Rural Barrio: JOSE GACAN 1

Vereda:
Dirección: KR 23 B ESTE # 44 -15
Telefono/Celular: 3113706009
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 40 MINUTOS

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2 [X]	1 [ ]					
b. Programas para el adulto mayor	2 [X]	1 [ ]					
c. Programas de formación del SENA	2 [X]	1 [ ]					
d. Red Juntos- Unidos	2 [X]	1 [ ]					
e. Programas del ICBF	2 [X]	1 [ ]					
f. Ayudas para desastres naturales	2 [X]	1 [ ]					
g. Ayudas para desplazados	2 [X]	1 [ ]					
h. Otro, ¿cuál?	2 [X]	1 [ ]					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 ANGEL ARBOLEDA	2 [X]	1 [ ]		2 [ ]	1 [ ]
2 GLORIA PIÑA	2 [X]	1 [ ]		2 [ ]	1 [ ]
3 KELLY ARBOLEDA	2 [X]	1 [ ]		2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]		2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]		2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]		2 [ ]	1 [ ]

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19.Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

- En la misma comuna/corregimiento donde reside [1]
- En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside [2] Cual?:
- En Bogotá [3] [X] Nombre Localidad o referencia: Nombre Barrio: JA 13
- En otro municipio distinto a Bogotá [4] Cual?:
- Actualmente no esta empleado ni escolarizado [5]

19.Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio? 100 minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica [ ]

20.Su IPS primaria, se localiza:

- En la misma comuna/corregimiento donde reside [1]
- En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside [2] [X]
- En Bogotá [3]
- En otro municipio distinto a Bogotá [4]
- Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS [5]

20.Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria? 30 minutos
20.De parece que queda: 1. cerca [X] 2. lejos [ ]

IMPRESIÓN POR: IMPRESOS DEL MEDANTES HOSPITALARIOS NIT 79142018-1 TELEFONO 812 2115 310 760 4347

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO VIVIENDA SALUDABLES

	GRUPO TÉNICO O POBLACIóN ESPECIAL:	SI	NO
	DESCRIPCION DE LA VIVIENDA Y SUS CONDICIONES		
1	Paredes y techos sin grietas, huecos, humedades	X	
2	Las áreas habitaciones de la vivienda están separadas entre si (baño, cocinas y habitaciones)	X	
	MANEJO DE AGUAS PARA CONSUMO HUMANO		
3	La vivienda cuenta con adecuado sistema de suministro de agua (acueducto, continuo, sin fugas, acometidas en buen estado, fuentes sin semovientes o libres de elementos extraños)		X
	MANEJO DE AGUAS RESIDUALES		
4	La familia cuenta con unidad sanitaria sin riesgo higiénico sanitario	X	
5	Existe adecuada disposición de aguas residuales y grises (baño, cocina, lavadero, terraza, campo abierto, pozo séptico)	X	
	RESIDUOS SóLIDOS		
6	Vivienda aseada y ordenada	X	
	MANEJO DE PLAGAS		
7	Hay presencia de plagas en la vivienda (roedores, insectos, piojos, pulgas, palomas)	X	
	ALIMENTOS E HIGIENE		
8	Adecuada limpieza de la cocina (orden, limpieza y desinfección)	X	
9	¿Sabe que son las ETAS?		X
	CONOCE LOS RIESGOS QUIMICOS EN EL HOGAR		
10	Los productos químicos están almacenados de forma segura (lugar ventilado, rotulados, separados de las áreas habitacionales)	X	
11	Principales productos químicos usados dentro del hogar	PRODUCTOS ASEO	

	NUESTRAS MASCOTAS						
12	Numero de felinos en la vivienda	1	Machos	0	Hembras	1	
	Numero de Caninos en la vivienda	2	Machos	2	Hembras	0	
13	En el utlimo año sus mascota ha sido vacunado				N/A	X	—
	¿Porque no vacuna a sus mascotas?	Falta de interés			Falta de información		
	CONOCE EL RIESGO DE CONTAMINACIóN INTRAMURAL						
14	Fuma dentro de la vivienda					SI	X NO

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

FORMATO DE CARACTERIZACION NUCLEOS FAMILIARES

IDENTIFICACION

Numero de orden del individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T. DOC	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)	FECHA NACIMIENTO DD	MM	AAAA	SEXO Hombre	Mujer	POBLACION DIFERENCIALES Y DE INCLUSION Desplazado	Victima del conflicto armado	Reinsertados	Trabajador informal	Reciclador	Vendedor ambulante	Ninguno
1	ARBOLEDA ANGEL	CC	NO REFIERE	56	15	11	66	X								X
2	PIRA GLORIA	CC	45070047	57	15	11	65		X							X
3	ARBOLEDA KELLY	CC	NO REFIERE	2[illegible]	16	8	97		X							X
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Numero de orden del individuo	GRUPO ETNICO Indigena	Afro-colombiano	ROM o Gitano	Raizal del archipielago	Palenquero	Blanco	Mestizo	Ninguna de las anteriores	DISCAPACIDAD Visual	Cognitiva	Auditiva	Fisica	Multiple	Ninguno	ORIENTACION SEXUAL Lesbiana	Gay	Transgenero	Bisexual	Intersexual	Heterosexual	Otra
1								X						X						X	
2								X						X						X	
3								X						X						X	
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Numero de orden del individuo	ESTADO CIVIL Union libre	Casado	Viudo	Separado o divorciado	Soltero	ESCOLARIDAD Analfabeta	Preescolar	Primaria	Secundaria	Tecnica	Tecnologica	Universitaria	Postgrado	Desescolarizado	TIPO DE FAMILIA Unipersonal	Nuclear	Extensa o conjunta	Monoparental	Simultanea	Compuesta
1	X							X								X				
2	X							X								X				
3					X				X							X				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

Numero de orden del individuo	OCUPACION Asalariado de empresa particular con contrato a término indefinido	Asalariado de empresa particular con contrato a término fijo	Asalariado del Gobierno con contrato a término indefinido	Asalariado del Gobierno con contrato a término fijo	Jornalero o peon	Trabajador por cuenta propia o Trabajo informal	Patrón o empleador	Trabajador de su propia finca (en arriendo o aparcería)	Trabajador familiar sin remuneración	Pensionado	Estudiante	Menor de edad	Otro, ¿cuál?
1						X							
2									X				
3						X							
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

Numero de orden del individuo	RELIGION Católica	Evangélica y Pentecostal [illegible]	Testigos de Jehová	Otra, ¿cuál?	Ninguna
1	X				
2	X				
3	X				
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN NUCLEOS FAMILIARES

CONDICION DE AFILIACIÓN AL SGSSS

Actualmente ... cotizante o beneficiario de alguna entidad de Seguridad Social en Salud		Nombre de la EPS	En los ULTIMOS 12 MESES ¿estuvo cubierto por una entidad de Seguridad Social en Salud?	De manera voluntaria, ¿... tiene plano complementario de salud como medicina prepagada, póliza o seguros de salud?	
✓			SI		✓
✓		COOSALUD	SI		✓
✓			SI		✓

CONDICIÓN DE SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA:

En los ULTIMOS 30 DIAS ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas de salud que NO implicaron hospitalización?						
Enfermedad o dolor crónico	Accidente o lesión física	Problema odontológico	[illegible]	signos de asma ...	síntomas ... respiratorios	Ninguno
						✓
						✓
						✓

¿Qué hizo principalmente para tratar ese problema de salud?								
Acudió a un hospital, clínica, centro de salud u otra institución de salud	Acudió a un médico general, especialista particular u odontólogo	Acudió a un profesional de medicina alternativa (Homeópata o acupunturista)	Acudió a un profesional de medicina alternativa (Homeópata o acupunturista)	Acudió al boticario, Farmaceuta (Droguería)	Consultó a un tegua, curandero, yerbatero, comadrona	Usó remedios caseros	[illegible]	Ninguno de los anteriores

Si no utilizó los servicios de un profesional de la salud. La razón principal fue:													Severidad del problema de salud
El caso era leve	No tuvo tiempo	El centro de atención queda lejos	Falta de dinero	Cita de ... en el tiempo	No lo atendieron	No confía en los médicos	Consultó antes y no le resolvieron el problema	Muchos trámites para la cita	Lo (a) hacen ... en el consultorio antes de atenderlo	No tiene EPS o seguro médico	Otra	Ninguna de las anteriores	Por ese problema de salud ¿cuántos días dejó de asistir a su trabajo ... o de realizar sus actividades ...? Número de días
												✓	
												✓	
												✓	

CONDICIÓN DE SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:

Durante los ULTIMOS 12 MESES ¿Estuvo hospitalizado por?											Severidad del problema de salud
Parto vaginal	Parto abdominal (cesárea)	Cirugía	Enfermedad	Accidente de trabajo	Accidente de tránsito	Accidente casero	Otro tipo de accidente	Herida con arma de fuego o corto punzante	Otra causa	No estuvo hospitalizado	Por ese problema de salud, ¿cuántos días dejó de asistir a su trabajo o de realizar sus actividades ...? Número de días
										✓	
										✓	
										✓	

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ¿Cuál es la alternativa que mejor describe su estado de salud en el día de hoy en términos de ?

Movilidad			Cuidado personal			ACTIVIDADES COTIDIANAS (trabajar, estudiar, actividades familiares, de recreación, etc.)			DOLOR/MALESTAR			ANGUSTIA/DEPRESIÓN			
No tiene problemas para caminar	Tiene algunos problemas para caminar	Tiene que estar en cama	No tiene problemas con el cuidado personal	Tiene algunos problemas para ...	Es incapaz de ...	No tiene problemas para realizar ...	Tiene algunos problemas para realizar ...	Es incapaz de ...	No tiene dolor ni malestar	Tiene ... dolor o malestar	Tiene mucho dolor o malestar	No está ...	Está ...	Está ...	En una escala de 0 a 100 ... estado de salud ...
✓			✓			✓			✓			✓			80
✓			✓			✓			✓			✓			80
✓			✓			✓			✓			✓			80

EVALUACIÓN NUTRICIONAL [illegible]

Número de orden del individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)	CURSO DE VIDA	CONSULTA MEDICA ULTIMO AÑO (SI NO)	RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO - CRECIMIENTO Y DESARROLLO (SI NO NA)	EDAD (Solo aplica para > de 18 años) <45=0 45 a 54=2 55 a 64=3 >64=4 NA	TALLA	PESO	IMC <25=0 25 a 30=1 >30=3	PERÍMETRO ABDOMINAL (Solo aplica para > de 18 años) Hombres <94=0 >94=4 Mujeres <80=0 >80=4 NA	ACTIVIDAD FÍSICA (Solo aplica para > de 18 años) SI=0 NO=2 NA	CONSUMO FRUTAS Y VERDURA DIARIO (Solo aplica para > de 18 años) SI=0 NO=1 NA	TOMA MEDICAMENTO PARA HTA (Solo aplica para > de 18 años) SI=2 NO=0 NA	LE HAN ENCONTRADO VALORES DE GLUCOSA ALTA (Solo aplica para > de 18 años) SI=5 NO=0 NA	FAMILIARES CON DM (Solo aplica para > de 18 años) Padres, hermanos, hijos=5 Abuelos, tíos, primos=3 Otros o ninguno=0 NA	RESULTADO TEST FINDRISK (Solo aplica para > de 18 años)	TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA	TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA	FUMADOR SI NO NA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	RIESGO [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
					0 a 1 Año																										
					1 a 5 Años																										
					6 a 11 Años																										
					12 a 17 Años																										
3	KELLY ARBOLEDA	CC	NO REFIERE	25	18 a 28 Años	SI	SI	0	[illegible]	[illegible]	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	NA	NO	NO	NO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	ANGEL ARBOLEDA	CC	NO REFIERE	56	29 a 59 Años	SI	NO	3	[illegible]	[illegible]	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[illegible]	[illegible]	[illegible]
2	NORIA PIRA	CC	45070047	57	29 a 59 Años	SI	NO	3	[illegible]	[illegible]	0	0	2	1	0	0	0	6	[illegible]	81	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	[illegible]	[illegible]	[illegible]
					Mayor de 60 Años																										

IMPRESO POR IMPRESOS DE[illegible]

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION Y CANALIZACIÓN DEL RIESGO A NIVEL INIDIVIDUAL

(… < … o No Aplica)		VACUNACIÓN	AIEPI (Solo < de 5 años o No Aplica)				SALUD ORAL						ENFERMEDADES TRANSMISIBLES					SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA														ENFERMEDADES CRÓNICAS																							
COMPLEMENTARIO # MESES	NO	CUMPLE CON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE ACUERDO A LA EDAD	ENFERMA CON FRECUENCIA	FIEBRE	DIARREA	GRIPA	SE ACUESTA SIN LAVARSE LOS DIENTES	SANGRA DESPUÉS DE LAVAR LOS DIENTES	CUANTAS VECES SE BAÑA LA BOCA AL DÍA				TBC DIAGNÓSTICADO	LEPRA DIAGNÓSTICADO	COVID-19			MUJER EN EDAD FÉRTIL GESTANTE NA	GESTANTES (ó No aplica)				INICIO VIDA SEXUAL			PLANIFICACIÓN FAMILIAR			UTILIZA METODO DE BARRERA (ó No Aplica)			CITOLOGÍA CERVICAL (ÚLTIMO AÑO) (ó No aplica)			REALIZA PERIODICAMENTE EXAMEN DE SENO (ó No aplica)			TOMA DE MAMOGRAFIA (> 50 AÑOS) (ó No aplica)			EXAMEN DE PRÓSTATA (ó No aplica)			CRÓNICOS (SI/NO)			CÁNCER						EDUCACIÓN Y PAUTAS DE CUIDADO SALUD AUDITIVA Y VISUAL (Para mayores de 18 años)		
		SI/ NO / NOSABE	SI/ NO/ NA	SI/ NO/ NA	SI/ NO/ NA	SI/ NO/ NA	SI/ NO	SI/ NO	MENOS DE 3 VECES	3 VECES	MAS DE 3 VECES	NUNCA	SI/ NO	SI/ NO	PRESENTÓ DX COVID-19 SI / NO	SECUELAS POR COVID-19 SI / NO CUAL	SE ENCUENTRA VACUNADO COVID-19 SI / NO	FUR	FECHA PROBABLE DE PARTO	CONTROL PRENATAL SI/NO	RIESGO ALTO	RIESGO BAJO	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI Normal	SI Anormal	NO	SI Normal	SI Anormal	NO	SI Normal	SI Anormal	NO	SI Normal	SI Anormal	NO	HTA	DIABETES	EPOC	SI	NO	CUAL (ó No aplica)	RECIBE TTO SI	RECIBE TTO NO	RECIBE TTO NA	SI	NO	NA
–	–	– SI	–	–	–	–	NO	NO	SI	–	–	–	NO	NO	NO	NO	SI	–	–	–	–	–	X	–	–	X	–	–	–	X	–	X	–	–	–	–	X	–	–	–	–	–	–	X	X	X	–	X	NA	–	–	X	X	–	–
–	–	– SI	–	–	–	–	NO	NO	SI	–	–	–	NO	NO	NO	NO	SI	–	–	–	–	–	X	–	–	–	X	–	–	X	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	X	X	X	–	X	NA	–	–	X	X	–	–
–	–	– SI	–	–	–	–	NO	NO	SI	–	–	–	NO	NO	NO	NO	SI	–	–	–	–	–	X	–	–	X	–	–	–	X	–	X	–	–	–	–	X	–	X	–	–	–	–	X	X	X	–	X	NA	–	–	X	X	–	–

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN DEL RIESGO A NIVEL INIDIVIDUAL

Número de orden del individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T_DOC	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)	CURSO DE VIDA	CONSULTA PSICOLOGIA EN EL ÚLTIMO AÑO	ACTIVACION RUTA DE SALUD MENTAL	EVALUACION PSICOLOGICA				PEDES DE APOYO		APOYOS INSTITUCIONALES		CANALIZACION A OTROS SERVICIOS	
								ALERTA (SI/NO)	CONCIENTE (SI/NO)	ORIENTACION EN TIEMPO Y ESPACIO (SI/NO)	ANTECEDENTES CLINICOS IMPORTANTES	VINCULOS FAMILIARES (SI/NO)		NO CUENTA CON RED DE APOYO FAMILIAR (SI/NO)	SE CUENTA CON APOYO PSICOLÓGICO DESDE CONTEXTOS	INSTITUCIONALES	EXTERNOS
						SI/NO	SI/NO				SI/NO CUAL	DEBILES	FUERTES		SI/NO CUALES/NA	SI/NO	SI/NO
					0 a 1 Año												
					1 a 5 Años												
					6 a 11 Años												
					12 a 17 años												
3	KELLY ARBELAEZ	CC	NO REFIERE	25	18 a 28 Años	NO	NO	SI	SI	SI	NO NA	NO	SI	NO	SI EPS	NO	ASI
1	ANGEL ARBELAEZ	M	NO REFIERE	56	29 a 59 Años	NO	NO	SI	SI	SI	NO NA	NO	SI	NO	SI EPS	NO	NO
2	MARIA PIRA	CC	NO REFIERE	57		NO	NO	SI	SI	SI	NO NA	NO	SI	NO	SI EPS	NO	NO
					Mayor de 60 Años												

EL CAMBIO AVANZA

SECRETARIA SALUD - DIRRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FORMATO PLAN FAMILIAR

N° Ficha familiar: 29414	Direccion de la vivienda y barrio: KR 23B CLL #44-15	Telefono: 3113706007

VISITA INICIAL

NOMBRE Y PERFIL DEL QUE REALIZA LA VISITA: MONICA FIORCI ACUXILIAR ENFERMERIA

Fecha	Hallazgos relevantes identificados en la familia	Educación brindada a la familia	Compromisos adquiridos con la familia	firma y cedula que recibe la visita
01 FEB 2023	SE CARACTERIZA NUCLEO FAMILIAR. #1 ASISTE A CONTROL NEOICO, NO EXAMEN DE PROSTATA. #2 ASISTE A CONTROL NEOICO.. CITOLOGIA NORMAL; NO MAMOGRAFIA, REFIERE BARRERAS DE ACCESO. #3. ASISTE A CONTROL NEOICO, CITOLOGIA, NORMAL	IMPORTANCIA DE REALIZARSE EXAMEN DE PROSTATA. PARA PREVENCION DE CANCER. IMPORTANCIA DE REALIZARSE CITOLOGIA. COMO MEDIO DE DETECCION DE DIVERSAS ALTERACIONES CERVICALES Y SU PREVENCION: IMPORTANCIA DE LAVADO DE MANOS DESPUES DE CADA ACTIVIDAD.	NUCLEO FAMILIAR SE COMPROMETE. #1 QUEDO PENDIENTE DE REALIZAR EXAMEN DE PROSTATA. CADA 2 AÑOS. #2 REALIZARSE MAMOGRAFIA CADA 2 AÑOS. RECIBIR EDUCACION BRINDADA	NO FIRMA NO CEDULA

VISITA DE SEGUIMIENTO

NOMBRE Y PERFIL DE QUE REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO:

Fecha	Logros Alcanzados en la familia	Dificultades	Educacion brindada	firma y cedula que recibe la visita

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELEFONO: 812 4315 - 310 580 4347

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELEFONO: 812 4315 - 310 580 4347

SECRETARIA DE SALUD- DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FORMATO CANALIZACION Y NOTIFICACION

N° DE FICHA 2[illegible]

BARRIO JOSE GAIAN 1 COMUNA 4 FECHA CAPTACION 01 02 2023

TIPO DE NOTIFICACIÓN COMUNITARIA ☐ EQUIPO RESPUESTA INICIAL ☒

IDENTIFICACIÓN

QUIEN NOTIFICA

1er. NOMBRE MONICA 2do. NOMBRE 1er. APELLIDO FLOREZ 2do. APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO: ADULTO SIN ID ☐ CC ☒ CE ☐ NIÑO(A) SIN ID ☐ RC ☐ TI ☐ OTRO/CUAL ☐ No. DOCUMENTO 52465218

INSTITUCIÓN NOTIFICADORA EPS S

QUIEN ES CANALIZADO

1er. NOMBRE VICTORIA 2do. NOMBRE 1er. APELLIDO PIRA 2do. APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO: ADULTO SIN ID. ☐ CC ☒ CE ☐ NIÑO(A) SIN ID. ☐ RC ☐ TI ☐ OTRO/CUAL ☐ No. DOCUMENTO 45030547

FECHA DE NACIMIENTO D 11 M 11 A 1965

ESTADO CIVIL SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ SEPARADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☒

DIRECCIÓN
CALLE ☐ CARRERA ☒ DIAGONAL ☐ TRANSVERSAL ☐ AVENIDA CALLE ☐ AVENIDA CARRERA ☐
23 NUMERO ☐ LETRA ☐ BIS ☐ LETRA ☐ SUR ☐ ESTE ☒ 44 NÚMERO ☐ LETRA ☐ BIS ☐ LETRA 15 NÚMERO ☐ SUR ☐ ESTE
COMPLEMENTO: INTERIOR ☐ TORRE ☐ CASA ☐ BLOQUE ☐ APARTAM ☐ MANZANA ☐ OTRO ☐ NUMERO
URBANA ☒ RURAL ☐ VEREDA
TELÉFONOS 3115706009

SGSSS CONTRIBUTIVO ☐ SUBSIDIADO ☒ RÉGIMEN ESPECIAL ☐ NO ASEGURADO ☐ NOMBRE EPS COOSALUD

TIPO DE CANALIZACIÓN

CANALIZACIÓN PARA LA GESTIÓN TRANSECTORIAL ☐ CANALIZACIÓN A EQUIPO ERI ☒ CANALIZACION PLAN DE BENEFICIO ☒ CANALIZACIÓN A VIGILANCIA SANITARIA ☐

CANALIZACIÓN A ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

FISIOTERAPIA ☐ ENFEMERIA ☐ SANEAMIENTO BASICO ☐ SALUD BUCAL ☐ INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL ☒ TRABAJO SOCIAL ☒ OTRO/CUAL ☐

CANALIZACIÓN A SERVICIOS PLAN DE BENEFICIOS

A. PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) ☐
ALTERACIONES DEL EMBARAZO. ☐
ALTERACIONES DEL ADULTO (MAYOR DE 45 AÑOS) ☐
ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL ☐
PROGRAMA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES ☐

ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL ☐
CRECIMIENTO Y DESARROLLO (NIÑO(A) DE 10 AÑOS) ☐
DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE SENO ☐
DETECCION DE VIH ☐

ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES ☐
ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (10-29 AÑOS) ☐
DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO ☐
PREVENCION CONSUMO DE SPA ☐

B. SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD
URGENCIAS ☐ SALA ERA ☐ SERVICIO DE ODONTOLOGÍA ☐ CONSULTA DE NUTRICION ☐
SERVICIO DE MEDICINA GENERAL ☐ ATENCIÓN EN SALUD MENTAL ☐ SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIZADA ☐ OTRO/CUAL ☐
ATENCION CANGURO O DE BAJO PESO AL NACER ☐

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y COMUNITARIA

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA Y/O MOTIVO DE LA CANALIZACION

OJO AREA REFIERE BARRERAS DE ACCESO, NO EX. DE MAMOGRAFIA, PRESENCIA VECTORES

CANALIZACIÓN SERVICIOS SOCIALES

ALCALDÍA MUNICIPAL ☐ POLICÍA NACIONAL ☐ PLANEACION - SISBEN ☐
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL ☐ SECRETARIA DE GOBIERNO ☐
SECRETARIA DE SALUD ☐ SECREATARIA DE EDUCACION ☐ HOGARES DE PROTECCION ☐ SERVICIOS PUBLICOS ☐
ICBF ☐ SECREATARIA DE MOVILIDAD ☐ PERSONERÍA ☐ SECRETARIA DE PLANEACIÓN GESTIÓN BIOAMBIENTAL ☐

CANALIZACIÓN A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO
UNIDAD DE ATENCION Y ORIENTACION (UAO) ☐

SEGUIMIENTO

ASISTIÓ AL SERVICIO AL CUAL FUE REMITIDO POR EL EQUIPO DE SALUD SI ☐ NO ☐
NO LE ASIGNARON LA CITA DE FORMA OPORTUNA ☐
NO LE PARECIÓ IMPORTANTE ASISTIR AL SERVICIO ☐
NO CONTABA CON LOS RECURSOS (dinero-tiempo) PARA TRASLADARSE AL PUNTO DE ATENCIÓN ☐
OTRO/CUAL ☐
FECHA DE LA ATENCIÓN ☐☐☐☐

RESPUESTA DE LA ENTIDAD.

PROCESOS PENDIENTES O POSTERIORES

FIRMA DEL PERFIL DE SOACHA CIUDAD SALUDABLE MONICA FLOREZ FIRMA PERSONA CANALIZADA

En otra comuna/corregimiento del municipio
En Bogotá
3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Cual?

PROCESO DE MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS HOSPITALARIOS Nº 79-46 - TELEFONO 8143333 EXT 3067

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA | FECHA DILIGENCIAMIENTO | NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA

FICHA NUMERO 2991531

VIVIENDA

I. UBICACIÓN

ZONA

Urbana [X] Rural [ ]

Municipio: SOACHA
Comuna: 4
Barrio: LA ISLA

Vereda:
Dirección: KR 32 C SUR # 90A-42
Teléfono/Celular: 3142264340
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 10 MINUTOS

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2 [X]	1 [ ]					
b. Programas para el adulto mayor	2 [X]	1 [ ]					
c. Programas de formación del SENA	2 [X]	1 [ ]					
d. Red Juntos- Unidos	2 [X]	1 [ ]					
e. Programas del ICBF	2 [X]	1 [ ]					
f. Ayudas para desastres naturales	2 [ ]	1 [ ]					
g. Ayudas para desplazados	2 [ ]	1 [ ]					
h. Otro, ¿cuál?	2 [X]	1 [ ]					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI
1 MARIO CASTAÑO	2 [X]	1 [ ]
2 ROSA DAZA	2 [X]	1 [ ]
3 CYCELYN MORENO	2 [X]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]

No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
	2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19.Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

1 En la misma comuna/corregimiento donde reside [ ]
2 En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside [ ] Cual?:_____
3 En Bogotá [ ] Nombre Localidad o referencia:_____ Nombre Barrio:_____
4 En otro municipio distinto a Bogotá [ ] Cual?:_____
5 Actualmente no esta empleado ni escolarizado [X]

19.Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: 0 minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

No aplica [ ]

20.Su IPS primaria, se localiza:

1 En la misma comuna/corregimiento donde reside [ ]
2 En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside [ ]
3 En Bogotá [X]
4 En otro municipio distinto a Bogotá [ ]
5 Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS [ ]

20.Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: 50 minutos
20.Le parece que queda: 1. cerca [ ] 2. lejos [X]

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO VIVIENDA SALUDABLES

GRUPO TÉNICO O POBLACIóN ESPECIAL:

		SI	NO
	DESCRIPCION DE LA VIVIENDA Y SUS CONDICIONES		
1	Paredes y techos sin grietas, huecos, humedades	X	
2	Las áreas habitaciones de la vivienda están separadas entre si (baño, cocinas y habitaciones)	X	
	MANEJO DE AGUAS PARA CONSUMO HUMANO		
3	La vivienda cuenta con adecuado sistema de suministro de agua (acueducto, continuo, sin fugas, acometidas en buen estado, fuentes sin semovientes o libres de elementos extraños)		X
	MANEJO DE AGUAS RESIDUALES		
4	La familia cuenta con unidad sanitaria sin riesgo higiénico sanitario	X	
5	Existe adecuada disposición de aguas residuales y grises (baño, cocina, lavadero, terraza, campo abierto, pozo séptico)		X
	RESIDUOS SóLIDOS		
6	Vivienda aseada y ordenada	X	
	MANEJO DE PLAGAS		
7	Hay presencia de plagas en la vivienda (roedores, insectos, piojos, pulgas, palomas)	X	
	ALIMENTOS E HIGIENE		
8	Adecuada limpieza de la cocina (orden, limpieza y desinfección)	X	
9	¿Sabe que son las ETAS?		X
	CONOCE LOS RIESGOS QUIMICOS EN EL HOGAR		
10	Los productos químicos están almacenados de forma segura (lugar ventilado, rotulados, separados de las áreas habitacionales)	X	
11	Principales productos químicos usados dentro del hogar: PRODUCTOS ASEO		
	NUESTRAS MASCOTAS		
12	Numero de felinos en la vivienda: 2 — Machos: 1 — Hembras: 1		
	Numero de Caninos en la vivienda: 0 — Machos: 0 — Hembras: 0		
13	En el utlimo año sus mascota ha sido vacunado	N.A —	X
	¿Porque no vacuna a sus mascotas? Falta de interés: — Falta de información:		
	CONOCE EL RIESGO DE CONTAMINACIóN INTRAMURAL		
14	Fuma dentro de la vivienda	S	X

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN NUCLEOS FAMILIARES

IDENTIFICACIÓN — VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Numero de orden del individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T_DOC	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)	FECHA NACIMIENTO			SEXO		POBLACION DIFERENCIALES Y DE INCLUSION							GRUPO ETNICO								DISCAPACIDAD						ORIENTACION SEXUAL							ESTADO CIVIL					ESCOLARIDAD									TIPO DE FAMILIA						OCUPACIÓN													RELIGIÓN				
					DD	MM	AAAA	Hombre	Mujer	Desplazado	Victima del conflicto armado	Reinsertados	Trabajador informal	Reciclador	Vendedor ambulante	Ninguno	Indigena	Afro-colombiano	ROM o Gitano	Raizal del archipielago	Palenquero	Blanco	Mestizo	Ninguna de los anteriores	Visual	Cognitiva	Auditiva	Fisica	Multiple	Ninguno	Lesbiana	Gay	Transgenero	Bisexual	Intersexual	Heterosexual	Otra	Union libre	Casado	Viudo	Separado o divorciado	Soltero	Analfabeta	Preescolar	Primaria	Secundaria	Tecnica	Tecnologica	Universitaria	Postgrado	Desescolarizado	Unipersonal	Nuclear	Extensa o conjunta	Monoparental	Simultanea	Compuesta	Asalariado de empresa particular con contrato a término indefinido	Asalariado de empresa particular con contrato a término fijo	Asalariado del Gobierno con contrato a término indefinido	Asalariado del Gobierno con contrato a término fijo	Jornalero o peón	Trabajador por cuenta propia o Trabajo informal	Patrón o empleador	Trabajador de su propia finca (en arriendo o aparcería)	Trabajador familiar sin remuneración	Pensionado	Estudiante	Menor de edad	Otro, cual?	Católica	Evangélica y Pentecostal (Evangélico Pentecostal, Iglesia de Dios, Asambleas de Dios, Iglesia Universal del Reino de Dios, Iglesia Cuadrangular, Iglesia de Cristo, Congregación Cristiana, Menonita, Hermanos de Cristo, Iglesia Cristiana Reformada, Carismático no católico, Luz del Mundo, Bautista)	Testigos de Jehová	Otro, ¿Cuál?	Ninguna
1	BARRAGAN FABIO	C C	193277355	68	1	3	53	X		✓														✓						✓						✓		✓							2									✓												✓					X				
2	DAZA ROJA.	C C	27180324	60	17	10	62		X							✓								✓						✓						✓		✓					✓											✓												X						X			
3	MORENO VEYERLY ILIANA	R C	1074831556	1	21	5	21		X							✓								✓						✓						X						✓												✓															✓			✓			
4																																																																										
5																																																																											
6																																																																											
7																																																																											
8																																																																											
9																																																																											
10																																																																											

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN NUCLEOS FAMILIARES

CONDICION DE AFILIACIÓN AL SGSSS / CONDICIÓN DE SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA:

CONDICION DE AFILIACIÓN AL SGSSS				En los ULTIMOS 30 DIAS ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas de salud que NO implicaron hospitalización?							¿Qué hizo principalmente para tratar ese problema de salud?								
Actualmente, ¿....está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de Seguridad Social en Salud?	Nombre de la EPS	En los ULTIMOS 12 MESES, ¿....estuvo cubierto por una entidad de Seguridad Social en Salud?	De manera voluntaria, ¿....tiene planes complementarios de salud como medicina prepagada, polizas o seguros de salud?	Enfermedad o dolor crónico	Accidente o lesión física	Problema odontológico	Cirugía Ambulatoria	signos de alarma en la gestacion	sintomaticos respiratorios	Ninguno	Acudió a un hospital, clínica, centro de salud u otra institución de salud	Acudió a un médico general, especialista particular u odontólogo	Acudió a un profesional de medicina alternativa (Homeópata o acupunturista)	Acudió a un profesional de medicina alternativa (Homeópata o acupunturista)	Acudió al boticario, farmaceuta (Droguería)	Consultó a un tegua, curandero, yerbatero, comadrona.	Usó remedios caseros	Se auto recetó	Ninguna de los anteriores
✓	CAPITAL SALUD	Si	X							✓									
✓		Si	X							✓									
X		NO	X							X									

Si no utilizó los servicios de un profesional de la salud, La razón principal fue:													Severidad del problema de salud
El caso era leve	No tuvo tiempo	El centro de atención queda lejos	Falta de dinero	Cita distanciada en el tiempo	No lo atendieron	No confía en los médicos	Consultó antes y no le resolvieron el problema	Muchos trámites para la cita	Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio antes de atenderlo	No tiene EPS o seguro médico	Otra	Ninguno de los anterioes	Por esos problemas de salud, ¿cuántos días dejó de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Número de días
												✓	
												✓	
												X	

CONDICIÓN DE SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:

Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿Estuvo hospitalizado por?											Severidad del problema de salud
Parto vaginal	Parto abdominal (cesarea)	Cirugia	Enfermedad	Accidente de trabajo	Accidente de tránsito	Accidente casero	Otro tipo de accidente	Herida con arma de fuego o corto punzante	Otra causa	No estuvo hospitalizado	Por esos problemas de salud, ¿cuántos días dejó de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Número de días
			X								4
										✓	
										X	

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ¿Cuál es la alternativa que mejor describe su estado de salud en el día de hoy en términos de ?

Movilidad			Cuidado personal			ACTIVIDADES COTIDIANAS (trabajar, estudiar, actividades familiares, de recreación, etc.)			DOLOR/ MALESTAR			ANGUSTIA/ DEPRESIÓN				
No tiene problemas para caminar	Tiene alguno problemas para caminar	Tiene que estar en cama	No tiene problemas con el cuidado personal	Tiene algunos problemas para bañarse y vestirse	Es incapaz de bañarse o vestirse	No tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas	Tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas	Es incapaz de realizar sus actividades cotidianas	No tiene dolor ni malestar	Tiene moderado dolor o malestar	Tiene mucho dolor o malestar	No está angustiado(a) ni deprimido(a)	Ha pensado y/O intentado suicidarse	Está moderadamente angustiado(a) o deprimido(a)	Está muy angustiado(a) o deprimido(a)	En una escala de 0 a 100 señale su estado de salud actual, donde 100 indica el mejor estado de salud y 0 el peor que pueda imaginarse
✓			✓			✓			✓			X				70
✓			✓			✓			✓			X				70
✓			✓			✓			✓			✓				80

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION Y CANALIZACIÓN DEL RIESGO A NIVEL INIDIVIDUAL

Numero de orden del individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T DO C	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD AÑOS CUMPLIDOS (SI)	CURSO DE VIDA	CONSULTA MEDICA ULT MO AÑO (SI/NO)	RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO - CRECIMIENTO Y DESARROLLO (SI/NO/NA)	EVALUACION NUTRICIONAL - TEST DE FINDRISK - CARDIOVASCULAR-EPOC																										SINTOMATICO RESPIRATORIO (De más de 15 días de evolución)				
								ESTADO NORMAL TOMAR DE 18 AÑOS		TALLA	PESO	IMC	PERIMETRO O ABDOMINAL TOMAR DE 18 AÑOS	ACTIVIDAD FISICA TOMAR DE 18 AÑOS	CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS TOMAR DE 18 AÑOS	FORMULACION DE MEDICAMENTOS TOMAR DE 18 AÑOS	LE HAN ENCONTRADO ALTOS NIVELES DE AZUCAR EN LA SANGRE TOMAR DE 18 AÑOS	FAMILIARES CON DIABETES TOMAR DE 18 AÑOS			SINTOMATICO (SI/NO) DIABETICO (SI/NO)		FUMA O HA FUMADO		TIENE MEDICAMENTOS FORMULADOS			RIESGO DE EPOC SI > 40 AÑOS FUMA O FUMO										
								< 45= 1 45 a 54= 2 55 a 64= 3 > 64= 4 NA				< 25= 0 25 a 30= 1 > 30= 3	Hombres < 94= 0 > 94= 4 Mujeres < 80= 0 > 80= 4 NA	SI= 0 NO= 2 NA	SI= 0 NO= 1 NA	SI= 2 NO= 0 NA	SI= 5 NO= 0 NA	Hombres < 94= 0 > 94= 3 Mujeres < 80= 0 > 80= 3 Otros o ninguno 0 NA			SI NO		SI NO		SI NO NA		SI NO NA				NO	SI NO NA	SI NO NA	SI NO NA	SI NO NA
					0 a 11 Años																															
	ILIANA MORENO	RC	1074831556	1	1 a 5 Años			45	0	104	19	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
					6 a 11 Años																															
					12 a 17 Años																															
					18 a 28 Años																															
					29 a 59 Años																															
1	FABIO FARFAGAN	CC	1032[illegible]35	55	Mayor de 60 Años	SI	SI	2	0	4	4	24.6	0	0	2	1	2	0	0	4	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2	ROSA DAZA	CC	23[illegible]244	65		SI	SI	3	0	1.61	71	27.4	1	0	2	1	0	0	0	7	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

APLICACION MODELO DE ATENCION INTEGRAL BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD - [illegible]

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN DEL RIESGO A NIVEL INDIVIDUAL

LACTANCIA EXCLUSIVA # MESES	COMPLEMENTARIO # MESES	NO	VACUNACIÓN: CUMPLE CON EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE ACUERDO A LA EDAD (SI/NO/NOSABE)	AIEPI (Solo < de 5 años o No Aplica): ENFERMA CON FRECUENCIA (SI/NO/NA)	AIEPI: FIEBRE (SI/NO/NA)	AIEPI: DIARREA (SI/NO/NA)	AIEPI: GRIPA (SI/NO/NA)	SALUD ORAL: SE ACUESTA SIN LAVARSE LOS DIENTES (SI/NO)	SALUD ORAL: SANGRA DESPUÉS DE LAVAR LOS DIENTES (SI/NO)	CUANTAS VECES SE BAÑA LA BOCA AL DÍA: MENOS DE 3 VECES	3 VECES	MAS DE 3 VECES	NUNCA	ENFERMEDADES TRANSMISIBLES: TBC DIAGNOSTICADO (SI/NO)	LEPRA DIAGNOSTICADO (SI/NO)	COVID-19: PRESENTO DX COVID-19 (SI/NO)	COVID-19: SECUELAS POR COVID-19 (SI/NO CUAL)	COVID-19: SE ENCUENTRA VACUNADO COVID-19 (SI/NO)	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: MUJER EN EDAD FÉRTIL GESTANTE NA: FUR	GESTANTES (ó No aplica): FECHA PROBABLE DE PARTO	CONTROL PRENATAL (SI/NO)	RIESGO ALTO	RIESGO BAJO	INICIO VIDA SEXUAL SI	NO	NA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR SI	NO	NA	UTILIZA METODO DE BARRERA (ó No Aplica) SI	NO	NA	ENFERMEDADES CRÓNICAS: CITOLOGÍA CERVICAL (ULTIMO AÑO) (ó No aplica) SI Normal	SI Anormal	NO	REALIZA PERIODICAMENTE EXAMEN DE SENO (ó No aplica) SI Normal	SI Anormal	NO	TOMA DE MAMOGRAFIA (> 50 AÑOS) (ó No aplica) SI Normal	SI Anormal	NO	EXAMEN DE PRÓSTATA (ó No aplica) SI Normal	SI Anormal	No	CRÓNICOS (SI/NO): HTA	DIABETES	EPOC	CANCER SI	NO	CUAL (ó No aplica)	RECIBE TTO SI	NO	NA	EDUCACIÓN Y PAUTAS DE CUIDADO SALUD AUDITIVA Y VISUAL (Para mayores de 18 años) SI	NO	NA
—	—	X	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI.	—	—	—	NO	NO	NO	NO	NO	—	—	—	—	—	-	-	X	-	-	X	-	-	X	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	NO	NO	NO	-	X	NA	-	-	X	-	-	X
—	—	—	SI	—	—	—	—	NO	NO	SI	—	—	—	NO	NO	NO	NO	SI	—	—	—	—	—	X	-	-	-	-	X	-	-	X	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	X	-	SI	NO	SI (NO)	-	X	NA	-	-	X	X	-	-
			SI					NO	NO	SI				NO	NO	NO	NO	SI						x					✓			✓			X			X			X				NO	NO	NO		X	NA			X	X		

... HOSPITALARIOS NIT ... TELEFONO 812 ... 310 560 4347
IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT 79140218-1 TELEFONO 812 4315 - 310 560 4347

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN DEL RIESGO A NIVEL INIDIVIDUAL

Número de orden del individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T_DOC	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)	CURSO DE VIDA	CONSULTA PSICOLÓGICA EN EL ÚLTIMO AÑO	ACTIVACIÓN RUTA DE SALUD MENTAL	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA					REDES DE APOYO			APOYOS INSTITUCIONALES		CANALIZACIÓN A OTROS SERVICIOS	
								ALERTA (SI/NO)	CONCIENTE (SI/NO)	ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO (SI/NO)	ANTECEDENTES CLÍNICOS IMPORTANTES		VINCULOS FAMILIARES (SI/NO)		NO CUENTA CON RED DE APOYO FAMILIAR (SI/NO)	SE CUENTA CON APOYO PSICOLÓGICO DESDE CONTEXTOS		INSTITUCIONALES	EXTERNOS
						SI/NO	SI/NO				SI/NO	CUÁL	DEBILES	FUERTES		SI/NO	CUÁLES /NA	SI/NO	SI/NO
					0 a 1 Año														
3	IJIANA NORENO	TI	1074831556.	1.	1 a 5 Años	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NA	NO	SI	NO	NO	NA	NO	NO
					6 a 11 Años														
					12 a 17 años														
					18 a 28 Años														
					29 a 59 Años														
1	FABIO BARRAGAN	CC	.19327735	68	Mayor de 60 Años	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	EPS	NO	NO
2.	ROSA OAZA	CC	27 180324.	60.		NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	EPS	NO	NO.

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT 79140518-1 TELEFONO 8124315 - 3105004347

EL CAMBIO AVANZA

SECRETARIA SALUD - DIRRECCIóN DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FORMATO PLAN FAMILIAR

Nº Ficha familiar: 29415H.	Direccion de la vivienda y barrio: KR 37 ESTE # 40A-42	Telefono: 3142826310

VISITA INICIAL

NOMBRE Y PERFIL DEL QUE REALIZA LA VISITA: MONICA FIOREZ AUX ADMINISTRATIVA

Fecha	Hallazgos relevantes identificados en la familia	Educación brindada a la familia	Compromisos adquiridos con la familia	firma y cedula que recibe la visita
01 FEB 2023	SE CARACTERIZA NUCLEO FAMILIAR #1 ASISTE A CONTROL INFOPO CON DX DE SIRROSIS EPOC, PROSTATA ANORMAL, NO SE QUISO REALIZAR CIRUGIA, NI TTO #2 ASISTE A CONTROL MEDICO. NO CITOLOGIA NI MAMOGRAFIA #3. NO AFILIACION A SASSJ. NO CONTROL DE CYD, SONAMÌ LA ABANDONO. #1 REFIERE QUE ESSU PAPA PERO NO TIENE COSTODIA. VACUNACION AL DIA DE MENOR	IMPORTANCIA DE CONOCER Y VIGILAR SIGNOS DE ALARMA DE PATOLOGIAS PREVALENTES DE LA INFANCIA COMO ENFERMEDAD DIARREICA Y RESPIRATORIA. IMPORTANCIA DE AFILIACION A SASSJ A MENOR Y LLEVAR A CONTROLES PEDIATRICOS, DE CYD Y ODONTOLOGICOS PERIODICAMENTE.	NUCLEO FAMILIAR SE COMPROMETE #1 TOMAR MEDICAMENTOS ADECUADAMENTE POR EL MEDICO #2 REALIZARSE CITOLOGIA Y MAMOGRAFIA #3 REALIZAR AFILIACION A MENOR A SASSJ. Y LLEVAR A CONTROLES DE CYD. SEGUIR EDUCACION BRINDADA.	x

VISITA DE SEGUIMIENTO

NOMBRE Y PERFIL DE QUE REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO:

Fecha	Logros Alcanzados en la familia	Dificultades	Educacion brindada	firma y cedula que recibe la visita

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

EL CAMBIO AVANZA

SECRETARIA DE SALUD- DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FORMATO CANALIZACION Y NOTIFICACION

BARRIO JAISCA

N° DE FICHA 29415-11

TIPO DE NOTIFICACIÓN COMUNITARIA ☐ COMUNA 4

FECHA CAPTACIÓN 04 02 2023

EQUIPO RESPUESTA INICIAL ☒

IDENTIFICACIÓN

QUIEN NOTIFICA

1er. NOMBRE NOMCA 2do. NOMBRE 1er. APELLIDO FLOREZ 2do. APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO: ADULTO SIN ID. ☐ CC ☒ CE ☐ NIÑO(A) SIN ID. ☐ RC ☐ TI ☐ OTRO/CUAL ☐ No. DOCUMENTO 52763278

INSTITUCIÓN NOTIFICADORA EXSS

QUIEN ES CANALIZADO

1er. NOMBRE EYERLY 2do. NOMBRE ILIANA 1er. APELLIDO NORENO 2do. APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO: ADULTO SIN ID. ☐ CC ☐ CE ☐ NIÑO(A) SIN ID. ☐ RC ☒ TI ☐ OTRO/CUAL ☐ No. DOCUMENTO 1074631556

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☒ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ SEPARADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐ FECHA DE NACIMIENTO 21 05 2021

DIRECCIÓN

☐ CALLE 39 NÚMERO ☐ LETRA ☐ BIS ☐ LETRA ☐ SUR ☒ ESTE - 40 NÚMERO ☒ LETRA ☐ BIS ☐ LETRA 47 NÚMERO ☐ SUR ☐ ESTE

☒ CARRERA ☐ DIAGONAL ☐ TRANSVERSAL ☐ AVENIDA CALLE ☐ AVENIDA CARRERA

COMPLEMENTO: INTERIOR ☐ BLOQUE ☐ OTRO ☐ URBANA ☒ RURAL ☐ VEREDA ☐
TORRE ☐ APARTAM. ☐
CASA ☐ MANZANA ☐ NUMERO ☐

TELÉFONOS 3142826310

SGSSS
CONTRIBUTIVO ☐ SUBSIDIADO ☐ RÉGIMEN ESPECIAL ☐ NO ASEGURADO ☒ NOMBRE EPS ☐

TIPO DE CANALIZACIÓN
CANALIZACIÓN PARA LA GESTIÓN TRANSECTORIAL ☒ CANALIZACIÓN A EQUIPO ERI ☒ CANALIZACION PLAN DE BENEFICIO ☐ CANALIZACIÓN A VIGILANCIA SANITARIA ☐

CANALIZACIÓN A ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

FISIOTERAPIA ☐ SANEAMIENTO BASICO ☒ INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL ☐
ENFEMERIA ☐ SALUD BUCAL ☒ TRABAJO SOCIAL ☒ OTRO/CUAL ☐

CANALIZACIÓN A SERVICIOS PLAN DE BENEFICIOS

A. PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) ☐
ALTERACIONES DEL EMBARAZO ☐
ALTERACIONES DEL ADULTO (MAYOR DE 45 AÑOS) ☐
ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL ☐
PROGRAMA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES ☐

ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL ☐
CRECIMIENTO Y DESARROLLO (NIÑO(A) DE 10 AÑOS) ☐
DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE SENO ☐
DETECCION DE VIH ☐

ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES ☐
ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (10-29 AÑOS) ☐
DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO ☐
PREVENCION CONSUMO DE SPA ☐

B. SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

URGENCIAS ☐ SALA ERA ☐ SERVICIO DE MEDICINA GENERAL ☐ ATENCIÓN EN SALUD MENTAL ☐ SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIZADA ☐
SERVICIO DE ODONTOLOGÍA ☐ CONSULTA DE NUTRICION ☐ ATENCION CANGURO O DE BAJO PESO AL NACER ☐ OTRO/CUAL ☐

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y COMUNITARIA

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA Y/O MOTIVO DE LA CANALIZACION

NASCOTAS SIN VACUNAR, MENOR SIN AFILIACION A SGSSS.
NO CONTROLES MEDICOS

CANALIZACIÓN SERVICIOS SOCIALES

ALCALDÍA MUNICIPAL ☐ SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL ☐ SECRETARIA DE SALUD ☐ ICBF ☐
POLICÍA NACIONAL ☐ SECRETARIA DE GOBIERNO ☐ SECREATARIA DE EDUCACION ☐ SECREATARIA DE MOVILIDAD ☐
PLANEACION - SISBEN ☒ HOGARES DE PROTECCION ☐ PERSONERIA ☐
SERVICIOS PUBLICOS ☐ SECRETARIA DE PLANEACIÓN GESTIÓN BIOAMBIENTAL ☐

CANALIZACIÓN A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO
UNIDAD DE ATENCION Y ORIENTACION (UAO) ☐

SEGUIMIENTO

ASISTIÓ AL SERVICIO AL CUAL FUE REMITIDO POR EL EQUIPO DE SALUD SI ☐ NO ☐

NO LE ASIGNARON LA CITA DE FORMA OPORTUNA ☐
NO LE PARECIÓ IMPORTANTE ASISTIR AL SERVICIO ☐
NO CONTABA CON LOS RECURSOS (dinero-tiempo) PARA TRASLADARSE AL PUNTO DE ATENCIÓN ☐
OTRO/CUAL ☐

RESPUESTA DE LA ENTIDAD

FECHA DE LA ATENCIÓN D D M M A A A A

PROCESOS PENDIENTES O POSTERIORES

FIRMA DEL PERFIL DE SOACHA CIUDAD SALUDABLE NONICA FLOREZ

FIRMA PERSONA CANALIZADA

En otro municipio distinto a Bogotá

SECRETARIA DE SALUD- DIRECCION DE SALUD PUBLICA

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES | HOSPITALARIOS NIT 7174015-1 | TELEFONO 8124115 - 3106047

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

VIVIENDA | FECHA DILIGENCIAMIENTO DD 02 MM 04 AÑO 23

FICHA NUMERO 29417 H | NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA MONICA FLOREZ AUXILIAR DE ENFERMERIA

VIVIENDA

1. UBICACIÓN

ZONA
Municipio: SOACHA
[X] Urbana Comuna: 4
[ ] Rural Barrio: JAISCA

Vereda:
Dirección: KR 36 BIS # 4A - 90
Teléfono/Celular: 3132821215
Distancia en horas a la cabecera Municipal: 40 MINUTOS

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2	1 X					
b. Programas para el adulto mayor	2 X	1					
c. Programas de formación del SENA	2 X	1					
d. Red Juntos- Unidos	2 X	1					
e. Programas del ICBF	2 X	1					
f. Ayudas para desastres naturales	2 X	1					
g. Ayudas para desplazados	2 X	1					
h. Otro, ¿cuál?	2 X	1					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI
1 ANA GUARNIZO	2 X	1
2 JHON GONEZ.	2 X	1
	2	1
	2	1
	2	1
	2	1

No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
	2	1
	2	1
	2	1
	2	1
	2	1
	2	1

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19.Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

En la misma comuna/corregimiento donde reside	1 X
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside	2
En Bogotá	3
En otro municipio distinto a Bogotá	4
Actualmente no esta empleado ni escolarizado	5

Cual?:
Nombre Localidad o referencia: Nombre Barrio:
Cual?:

19.Cuanto tarda en desplazarse a su sitito de trabajo/estudio?: 5 minutos

No aplica [ ]

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

20.Su IPS primaria, se localiza:

En la misma comuna/corregimiento donde reside	1
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside	2 X
En Bogotá	3
En otro municipio distinto a Bogotá	4
Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS	5

20.Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: 20 minutos
20.Le parece que queda: 1. cerca [X] 2. lejos [ ]

IMPRESO POR IMPRESOS DELHUANTES HOSPITALARIOS NIT

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO VIVIENDA SALUDABLES

GRUPO TÉNICO O POBLACIóN ESPECIAL:

		SI	NO
	DESCRIPCION DE LA VIVIENDA Y SUS CONDICIONES		
1	Paredes y techos sin grietas, huecos, humedades	X	
2	Las áreas habitaciones de la vivienda están separadas entre si (baño, cocinas y habitaciones)	X	
	MANEJO DE AGUAS PARA CONSUMO HUMANO		
3	La vivienda cuenta con adecuado sistema de suministro de agua (acueducto, continuo, sin fugas, acometidas en buen estado, fuentes sin semovientes o libres de elementos extraños)		X
	MANEJO DE AGUAS RESIDUALES		
4	La familia cuenta con unidad sanitaria sin riesgo higiénico sanitario	X	
5	Existe adecuada disposición de aguas residuales y grises (baño, cocina, lavadero, terraza, campo abierto, pozo séptico)	X	
	RESIDUOS SóLIDOS		
6	Vivienda aseada y ordenada	X	
	MANEJO DE PLAGAS		
7	Hay presencia de plagas en la vivienda (roedores, insectos, piojos, pulgas, palomas)	X	
	ALIMENTOS E HIGIENE		
8	Adecuada limpieza de la cocina (orden, limpieza y desinfección)	X	
9	¿Sabe que son las ETAS?		X
	CONOCE LOS RIESGOS QUIMICOS EN EL HOGAR		
10	Los productos químicos están almacenados de forma segura (lugar ventilado, rotulados, separados de las áreas habitacionales)	X	
11	Principales productos químicos usados dentro del hogar	PRODUCTOS ASEO	

NUESTRAS MASCOTAS

12	Numero de felinos en la vivienda	0	Machos	0	Hembras	0
	Numero de Caninos en la vivienda	0	Machos	0	Hembras	0
13	En el utlimo año sus mascota ha sido vacunado			NA	—	—
	¿Porque no vacuna a sus mascotas?	Falta de interés		Falta de información		

CONOCE EL RIESGO DE CONTAMINACIóN INTRAMURAL

14	Fuma dentro de la vivienda	S	X

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN NUCLEOS FAMILIARES

IDENTIFICACIÓN / VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

Numero de orden del Individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T_DOC	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)	FECHA NACIMIENTO DD	MM	AAAA	SEXO Hombre	Mujer
1	GUAKNIZO ANA DELIA	CC	65829234	43	21	11	79		X
2	GOMEZ GUAKNI JHON	TI	1106770925	17	29		4057	X	
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Numero de orden del Individuo	POBLACION DIFERENCIALES Y DE INCLUSION: Desplazado	Victima del conflicto armado	Reinsertados	Trabajador informal	Reciclador	Vendedor ambulante	Ninguno	GRUPO ETNICO: Indigena	Afro-colombiano	ROM o Gitano	Raizal del archipielago	Palenquero	Blanco	Mestizo	Ninguna de los anteriores
1							✓								✓
2							X								✓
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

Numero de orden del Individuo	DISCAPACIDAD: Visual	Cognitiva	Auditiva	Fisica	Multiple	Ninguno	ORIENTACION SEXUAL: Lesbiana	Gay	Transgenero	Bisexual	Intersexual	Heterosexual	Otra	ESTADO CIVIL: Union libre	Casado	Viudo	Separado o divorsiado	Soltero
1						✓						✓					✓	
2						✓						✓						✓
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

Numero de orden del Individuo	ESCOLARIDAD: Analfabeta	Preescolar	Primaria	Secundaria	Tecnica	Tecnologica	Universitaria	Postgrado	Desescolarizado	TIPO DE FAMILIA: Unipersonal	Nuclear	Extensa o conjunta	Monoparental	Simultanea	Compuesta
1				X									✓		
2				11									✓		
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															

Numero de orden del Individuo	OCUPACIÓN: Asalariado de empresa particular con contrato a término indefinido	Asalariado de empresa particular con contrato a término fijo	Asalariado del Gobierno con contrato a término indefinido	Asalariado del Gobierno con contrato a término fijo	Jornalero o peón	Trabajador por cuenta propia o Trabajo informal	Patrón o empleador	Trabajador de su propia finca (en arriendo o aparcería)	Trabajador familiar sin remuneración	Pensionado	Estudiante	Menor de edad	Otro, cual?
1						✓							
2										X			
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

Numero de orden del Individuo	RELIGIÓN: Católica	Evangélica y Pentecostal (Evangélico, Pentecostal, Iglesia de Dios, Asambleas de Dios, Iglesia Universal del Reino de Dios, Iglesia Cuadrangular, Iglesia de Cristo, Congregación Cristiana, Menonita, Hermanos de Cristo, Iglesia Cristiana Reformada, Carismático no católico, Luz del Mundo, Bautista, Iglesia del	Testigos de Jehová	Otro, ¿cuál?	Ninguna
1					X
2					X
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT. 79140518- 1 TELÉFONO 812 4315 - 310 560 4347

20.Su IPS primaria, se localiza...

En la misma comuna/corregimiento donde reside 1 ☐ 2 ☒

En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside 3 ☐

4 ☐

5 ☐

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN NUCLEOS FAMILIARES

CONDICION DE AFILIACIÓN AL SGSSS / CONDICIÓN DE SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA:

Actualmente,¿....está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de Seguridad Social en Salud?	Nombre de la EPS	En los ULTIMOS 12 MESES, ¿....estuvo cubierto por una entidad de Seguridad Social en Salud?	De manera voluntaria, ¿....tiene planes complementarios de salud como medicina prepagada, pólizas o seguros de salud?	En los ULTIMOS 30 DIAS ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas de salud que NO implicaron hospitalización? Enfermedad o dolor crónico	Accidente o lesión física	Problema odontológico	Cirugía Ambulatoria	signos de alarma en la gestacion	sintomaticos respiratorios	Ninguno
X	NUEVA EPS	Si	X							X
X		Si	X							X

¿Qué hizo principalmente para tratar ese problema de salud? Acudió a un hospital, clínica, centro de salud u otra institución de salud	Acudió a un médico general, especialista particular u odontólogo	Acudió a un profesional de medicina alternativa (Homeópata o acupunturista)	Acudió a un profesional de medicina alternativa (Homeópata o acupunturista)	Acudió al boticario, farmaceuta (Droguería)	Consultó a un tegua, curandero, yerbatero, comadrona.	Usó remedios caseros	Se auto recetó	Ninguna de los anteriores

Si no utilizó los servicios de un profesional de la salud, La razón principal fue: El caso era leve	No tuvo tiempo	El centro de atención queda lejos	Falta de dinero	Cita distanciada en el tiempo	No lo atendieron	No confía en los médicos	Consultó antes y no le resolvieron el problema	Muchos trámites para la cita	Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio antes de atenderlo	No tiene EPS o seguro médico	Otra	Ninguno de los anteriores	Severidad del problema de salud: Por esos problemas de salud, ¿cuántos días dejó de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Número de días
												X	
												X	

CONDICIÓN DE SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN:

Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿Estuvo hospitalizado por? Parto vaginal	Parto abdominal (cesarea)	Cirugía	Enfermedad	Accidente de trabajo	Accidente de tránsito	Accidente casero	Otro tipo de accidente	Herida con arma de fuego o corto punzante	Otra causa	No estuvo hospitalizado	Severidad del problema de salud: Por esos problemas de salud, ¿cuántos días dejó de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Número de días
										X	
										X	

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ¿Cuál es la alternativa que mejor describe su estado de salud en el día de hoy en términos de ?

Movilidad: No tiene problemas para caminar	Tiene alguno problemas para caminar	Tiene que estar en cama	Cuidado personal: No tiene problemas con el cuidado personal	Tiene algunos problemas para bañarse y vestirse	Es incapaz de bañarse o vestirse	ACTIVIDADES COTIDIANAS (trabajar, estudiar, actividades familiares, de recreación, etc.): No tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas	Tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas	Es incapaz de realizar sus actividades cotidianas	DOLOR/ MALESTAR: No tiene dolor ni malestar	Tiene moderado dolor o malestar	Tiene mucho dolor o malestar	ANGUSTIA/ DEPRESIÓN: No está angustiado(a) ni deprimido(a)	Ha pensado y/O intentado suicidarse	Está moderadamente angustiado(a) o deprimido(a)	Está muy angustiado(a) o deprimido(a)	En una escala de 0 a 100 señale su estado de salud actual, donde 100 indica el mejor estado de salud y 0 el peor que pueda imaginarse
X			X			X			X					X		70
X			X			X			X			X				80

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT ... TELEFONO 812 ... 310 ...

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN DEL RIESGO A NIVEL INDIVIDUAL

EVALUACIÓN NUTRICIONAL - TEST DE FINDRISK - CARDIOVASCULAR-EPOC

Número de orden del individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T_DOC	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS SI)	CURSO DE VIDA	CONSULTA MEDICA ULTIMO AÑO (SI/NO)	RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO - CRECIMIENTO Y DESARROLLO (SI/NO/NA)	EDAD (Solo aplica para > de 10 años)	TALLA	PESO	IMC	PERIMETRO ABDOMINAL (Solo aplica para > de 18 años)	ACTIVIDAD FISICA (Solo aplica para > de 18 años)	CONSUMO FRUTAS Y VERDURAS DIARIO (Solo aplica para > de 18 años)	TOMA MEDICAMENTO PARA HTA (Solo aplica para > de 18 años)	LE HAN ENCONTRADO VALORES DE GLUCOSA ALTA (Solo aplica para > de 18 años)	FAMILIARES CON DX DE DM (Solo aplica para > de 18 años)	RESULTADO TEST FINDRISK (Solo aplica para > de 18 años)	TENSION ARTERIAL (MAYOR DE 14 AÑOS) SISTOLICA (NA)	TENSION ARTERIAL (MAYOR DE 14 AÑOS) DIASTOLICA (NA)	FUMA O EX FUMADOR (Solo para > de 15 años)	TOSE MUCHAS VECES SI/NO/NA	TIENE MUCHOS O FLEMAS LA MAYORIA DE LOS DIAS (Solo para > de 15 años) SI/NO/NA	SE QUEDA SIN AIRE MAS FRECUENTEMENTE QUE OTRAS PERSONAS DE SU EDAD (Solo para > de 15 años) SI/NO/NA	RIESGO DE EPOC SI/NO (Solo para > de 40 años)	SIGNO O CRUCE (SI/NO)	SOBREPESO PARA LA EDAD (SI/NO)	TOS IGUAL O MAYOR A 15 DIAS	PERDIDA DE PESO	FIEBRE	TOS :SECA	TOS CON FLEMA
								<45= 0 45 a 54= 2 55 a 64= 3 > 64= 4 NA			< 25= 0 25 a 30= 1 > 30= 3	Hombres: < 94= 0 > 94= 4 Mujeres < 80= 0 > 80= 4 NA	SI= 0 NO= 2 NA	SI= 0 NO= 1 NA	SI= 2 NO= 0 NA	SI= 5, NO= 0 NA	Padre, hija, hijos= 5 Abuelos, tios, primos 3 Otros o ninguno= 0 NA																						
					0 a 1 Año																															
					1 a 5 Años																															
					6 a 11 Años																															
2	JHON JAIRO	TI	1186230825	17	12 a 17 años																															
					18 a 28 Años																															
1	ANA MARIA	CC	65582034	42	29 a 59 Años																															
					Mayor de 60 Años																															

IMPRESO POR IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT. 79140518- TELEFONO 612 4318 - 310 800 4347

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION Y CANALIZACIóN DEL RIESGO A NIVEL INIDIVIDUAL

LACTANCIA MATERNA (Solo < de 5 años o No Aplica)			VACUNACIÓN	AIEPI (Solo < de 5 años o No Aplica)				SALUD ORAL						ENFERMEDADES TRANSMISIBLES					SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA								ENFERMEDADES CRóNICAS							
SI		NO	CUMPLE CON EL ESQUEMA DE VACUNACIóN DE ACUERDO A LA EDAD	ENFERMA CON FRECUENCIA				SE ACUESTA SIN LAVARSE LOS DIENTES	SANGRA DESPUES DE LAVAR LOS DIENTES	CUANTAS VECES SE BAÑA LA BOCA AL DÍA				TBC DIAGNóSTICADO	LEPRA DIAGNóSTICADO	COVID-19			MUJER EN EDAD FÉRTIL / GESTANTE / NA	GESTANTES (ó No aplica)			INICIO VIDA SEXUAL	PLANIFICACIóN FAMILIAR	UTILIZA METODO DE BARRERA (ó No Aplica)	CITOLOGÍA CERVICAL (ÚLTIMO AÑO) (ó No aplica)	REALIZA PERIODICAMENTE EXAMEN DE SENO (ó No aplica)	TOMA DE MAMOGRAFIA (> 50 AÑOS) (ó No aplica)	EXAMEN DE PROSTATA (ó No aplica)	CRóNICOS (SI/NO)			CANCER	EDUCACION Y PAUTAS DE CUIDADO SALUD AUDITIVA Y VISUAL (Para mayores de 15 años)
EXCLUSIVA # MESES	COMPLEMENTARIO # MESES				FIEBRE	DIARREA	GRIPA			MENOS DE 3 VECES	3 VECES	MAS DE 3 VECES	NUNCA			PRESENTó DX COVID-19	SECUELAS POR COVID-19	SE ENCUENTRA VACUNADO COVID-19	FUR	FECHA PROBABLE DE PARTO	CONTROL PRENATAL	RIESGO				SI (Normal / Anormal) / NO	SI (Normal / Anormal) / NO	SI (Normal / Anormal) / NO	SI (Normal / Anormal) / NO	HTA	DIABETES	EPOC	SI / NO / CUAL (ó No aplica)	SI / NO / NA
			SI/ NO/ NOSABE	SI/ NO/ NA	SI/ NO/ NA	SI/ NO/ NA	SI/ NO/ NA	SI/ NO	SI/ NO					SI/ NO	SI/ NO	SI / NO	SI / NO CUAL	SI / NO			SI/NO	ALTO / BAJO	SI / NO / NA	SI / NO / NA	SI / NO / NA								RECIBIÓ TTO: SI / NO / NA	
—	—	—	SI	—	—	—	—	NO	NO	SI	—	—	—	NO	NO	NO	NO	SI	—	—	—	—	— X —	— X —	— X —	— —	— —	— —	— —	NO	NO	NO	X DX	— X — X
—	—	—	SI	—	—	—	—	NO	NO	SI	—	—	—	NO	NO	NO	NO	SI	—	—	—	—	— X —	— X —	— X —	— X —	— X —	— —	— —	NO	NO	NO	NA — X	— X

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIóN Y CANALIZACIóN DEL RIESGO A NIVEL INIDIVIDUAL

Número de orden del individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T_DOC	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)	CURSO DE VIDA	CONSULTA PSICOLóGICA EN EL ÚLTIMO AÑO	ACTIVACIóN RUTA DE SALUD MENTAL	EVALUACIóN PSICOLóGICA					REDES DE APOYO			APOYOS INSTITUCIONALES		CANALIZACIóN A OTROS SERVICIOS	
								ALERTA (SI/NO)	CONCIENTE (SI/NO)	ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO (SI/NO)	ANTECEDENTES CLÍNICOS IMPORTANTES		VINCULOS FAMILIARES (SI/NO)		NO CUENTA CON RED DE APOYO FAMILIAR (SI/NO)	SE CUENTA CON APOYO PSICOLóGICO DESDE CONTEXTOS		INSTITUCIONALES	EXTERNOS
						SI/NO	SI/NO				SI/NO	CUÁL	DEBILES	FUERTES		SI/NO	CUÁLES /NA	SI/NO	SI/NO
					0 a 1 Año														
					1 a 5 Años														
					6 a 11 Años														
2	JHON GOMEZ	TI	1106790925	17	12 a 17 años	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NA	NO	SI	NO	SI	EPS	NO	NO
					18 a 28 Años														
1	ANA GOMEZ	CC	65829234	49	29 a 59 Años	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NA	NO	SI	NO	SI	EPS	SI	NO
					Mayor de 60 Años														

IMPRESO POR IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT 7041616-1 TELÉFONO 312 435 - 310 500 4347

IMPRESO POR IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT

EL CAMBIO AVANZA

SECRETARIA SALUD - DIRRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FORMATO PLAN FAMILIAR

N° Ficha familiar: 24474 | **Direccion de la vivienda y barrio:** KR 36 ESTE # 40A-90 | **Telefono:** 3132821215

NOMBRE Y PERFIL DEL QUE REALIZA LA VISITA: MONICA FIORET AUX ENFERMERIA

VISITA INICIAL

Fecha	Hallazgos relevantes identificados en la familia	Educación brindada a la familia	Compromisos adquiridos con la familia	firma y cedula que recibe la visita
02 FEB 2023	SE CARACTERIZA NUCLEO FAMILIAR #1 ASISTE A CONTROL MEDICO, NO CITOLOGIA, NO EXISTE PLANIFICA CON PASTILLAS. REFIERE QUE ESTA EN ESTUDIO DE INFLAMACION DE GANGLIOS. REFIERE DEPRESION #2 ASISTE A CONTROL MEDICO.	IMPORTANCIA DE REALIZARSE CITOLOGIA COMO MEDIO DE DETECCION DE OTRAS ALTERACIONES CERVICALES Y SUPERVENCION. IMPORTANCIA DE CONOCER Y UBICAR SINTOMAS DE COVID-19 Y VIRUELA DEL MONO. IMPORTANCIA DE LAVADO DE MANOS ANTES DE CADA ACTIVIDAD.	NUCLEO FAMILIAR DE COMPROMETE CONTINUAR ASISTIENDO A CONTROL MEDICO. #1 REALIZARSE CITOLOGIA SEGUN CONSULTA. Y AUTO EX. DE SENOS MES A MES. SEGUIR EDUCACION BRINDADA	Ana Delia Cuervo 1655293541

VISITA DE SEGUIMIENTO

NOMBRE Y PERFIL DE QUE REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO:

Fecha	Logros Alcanzados en la familia	Dificultades	Educacion brindada	firma y cedula que recibe la visita

IMPRESO POR: IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT 79405718-1 TELEFONO

CAMBIO
VANZA

SECRETARIA DE SALUD- DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FORMATO CANALIZACION Y NOTIFICACION

BARRIO JAUSA COMUNA 4 N° DE FICHA 2947-H.

TIPO DE NOTIFICACIÓN COMUNITARIA ☐ FECHA CAPTACIÓN 01 02 2023

EQUIPO RESPUESTA INICIAL ☒

IDENTIFICACIÓN

QUIEN NOTIFICA

1er. NOMBRE MONICA 2do. NOMBRE 1er. APELLIDO FLOREZ 2do. APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO: ADULTO SIN ID. ☐ CC ☒ CE ☐ NIÑO(A) SIN ID. ☐ RC ☐ TI ☐ OTRO/CUAL ☐ No. DOCUMENTO 52965278

INSTITUCIÓN NOTIFICADORA ESE R.S.S.

QUIEN ES CANALIZADO

1er. NOMBRE ANA 2do. NOMBRE DELIA 1er. APELLIDO GUARNITO 2do. APELLIDO

TIPO DE DOCUMENTO: ADULTO SIN ID. ☐ CC ☒ CE ☐ NIÑO(A) SIN ID. ☐ RC ☐ TI ☐ OTRO/CUAL ☐ No. DOCUMENTO 65829234

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ SEPARADO(A) ☒ UNIÓN LIBRE ☐ FECHA DE NACIMIENTO 21 11 1979

DIRECCIÓN
☐ CALLE 35 NÚMERO ☐ LETRA ☐ BIS ☐ LETRA ☐ SUR - 40 NÚMERO ☐ LETRA ☐ BIS ☐ LETRA 90 NÚMERO ☐ SUR ☐ ESTE
☒ CARRERA ☒ ESTE
☐ DIAGONAL
☐ TRANSVERSAL
☐ AVENIDA CALLE
☐ AVENIDA CARRERA

COMPLEMENTO: INTERIOR ☐ BLOQUE ☐ OTRO ☐ URBANA ☒ RURAL ☐ VEREDA ☐
TORRE ☐ APARTAM. ☐
CASA ☐ MANZANA ☐ NUMERO ☐ TELÉFONOS 3132821215

SGSSS: CONTRIBUTIVO ☐ SUBSIDIADO ☒ RÉGIMEN ESPECIAL ☐ NO ASEGURADO ☐ NOMBRE EPS NUEVA EPS

TIPO DE CANALIZACIÓN
CANALIZACIÓN PARA LA GESTIÓN TRANSECTORIAL ☐ CANALIZACIÓN A EQUIPO ER ☒ CANALIZACION PLAN DE BENEFICIO ☒ CANALIZACIÓN A VIGILANCIA SANITARIA ☐

CANALIZACIÓN A ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

FISIOTERAPIA ☐ SANEAMIENTO BASICO ☒ INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL ☒
ENFEMERIA ☐ SALUD BUCAL ☐ TRABAJO SOCIAL ☐ OTRO/CUAL ☐

CANALIZACIÓN A SERVICIOS PLAN DE BENEFICIOS

A. PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) ☐
ALTERACIONES DEL EMBARAZO ☐
ALTERACIONES DEL ADULTO (MAYOR DE 45 AÑOS) ☐
ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL ☐
PROGRAMA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES ☐

ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL ☐
CRECIMIENTO Y DESARROLLO (NIÑO(A) DE 10 AÑOS) ☐
DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE SENO ☐
DETECCION DE VIH ☐

ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES ☐
ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (10-29 AÑOS) ☐
DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO ☒
PREVENCION CONSUMO DE SPA ☐

B. SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

URGENCIAS ☐ SALA ERA ☐ SERVICIO DE MEDICINA GENERAL ☐ ATENCIÓN EN SALUD MENTAL ☐ SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIZADA
SERVICIO DE ODONTOLOGÍA ☐ CONSULTA DE NUTRICION ☐ ATENCION CANGURO O DE BAJO PESO AL NACER ☐ OTRO/CUAL ☐

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y COMUNITARIA

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA Y/O MOTIVO DE LA CANALIZACION

OJO MONICA REFIERE DEPRESION. NO SE HA REALIZADO CITOLOGIA, PRESENCIA DE VECTORES

CANALIZACIÓN SERVICIOS SOCIALES

ALCALDÍA MUNICIPAL ☐ SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL ☐ SECRETARIA DE SALUD ☐ ICBF ☐
POLICÍA NACIONAL ☐ SECRETARIA DE GOBIERNO ☐ SECRETARIA DE EDUCACION ☐ SECREATARIA DE MOVILIDAD ☐
PLANEACION - SISBEN ☐ HOGARES DE PROTECCION ☐ PERSONERIA ☐
SERVICIOS PUBLICOS ☐ SECRETARIA DE PLANEACIÓN GESTIÓN BIOAMBIENTAL ☐

CANALIZACIÓN A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO
UNIDAD DE ATENCION Y ORIENTACION (UAO) ☐

SEGUIMIENTO

ASISTIÓ AL SERVICIO AL CUAL FUE REMITIDO POR EL EQUIPO DE SALUD SI ☐ NO ☐
NO LE ASIGNARON LA CITA DE FORMA OPORTUNA ☐
NO LE PARECIÓ IMPORTANTE ASISTIR AL SERVICIO ☐
NO CONTABA CON LOS RECURSOS (dinero-tiempo) PARA TRASLADARSE AL PUNTO DE ATENCIÓN ☐
OTRO/CUAL ☐

RESPUESTA DE LA ENTIDAD
FECHA DE LA ATENCIÓN D D M M A A A

PROCESOS PENDIENTES O POSTERIORES

FIRMA DEL PERFIL DE SOACHA CIUDAD SALUDABLE MONICA FLOREZ FIRMA PERSONA CANALIZADA

Actualmente no esta empleado ni estudia?: ☐

19. Cuanto tarda en desplazarse a su sitito de trabajo/estudio?: ☐ No aplica ☐

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD -DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

VIVIENDA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

FICHA NUMERO 29916 | FECHA DILIGENCIAMIENTO DD 02 MM 01 AAAA

VIVIENDA | NOMBRE Y PERFIL DE LA PERSONA QUE REALIZA LA VISITA: MARIA ISABEL ACEVEDO GARCIA

1. UBICACIÓN

ZONA

Municipio: SOACHA

[X] Urbana — Comuna: 4

[ ] Rural — Barrio: JARDIN

Vereda:

Dirección: N° 30 Cll 19 A 36

Teléfono/Celular: 3092359328

Distancia en horas a la cabecera Municipal: 40 MINUTOS

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION DEL RIESGO

III. VULNERABILIDAD DEL HOGAR

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿este hogar recibió o fue beneficiario de alguno de los siguientes programas o ayudas?

1. PROGRAMA	NO	SI	2. En general, en su opinión este programa es: Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo
a. Familias en Acción	2 [X]	1 [ ]					
b. Programas para el adulto mayor	2 [X]	1 [ ]					
c. Programas de formación del SENA	2 [X]	1 [ ]					
d. Red Juntos- Unidos	2 [X]	1 [ ]					
e. Programas del ICBF	2 [X]	1 [ ]					
f. Ayudas para desastres naturales	2 [X]	1 [ ]					
g. Ayudas para desplazados	2 [X]	1 [ ]					
h. Otro, ¿cuál?	2 [X]	1 [ ]					

IV. MOVILIDAD

MOVILIDAD PREVISTA DEL HOGAR

Tiene previsto irse a vivir a otra vivienda, municipio o país en los PRÓXIMOS 12 MESES?

No. de orden y nombre de la persona	NO	SI	No. de orden y nombre de la persona (Continuación)	NO	SI
1 MARCO GUZMAN	2 [X]	1 [ ]		2 [ ]	1 [ ]
2 ONAIRA SANCHEZ	2 [X]	1 [ ]		2 [ ]	1 [ ]
3 NICOLAS GUZMAN	2 [X]	1 [ ]		2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]		2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]		2 [ ]	1 [ ]
	2 [ ]	1 [ ]		2 [ ]	1 [ ]

MOVILIDAD PREVISTA EN LOS ENTORNOS SALUDABLES

19.Su sitio de trabajo/estudio, se localiza:

En la misma comuna/corregimiento donde reside	1 [ ]	
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside	2 [ ]	Cual?:
En Bogotá	3 [X]	Nombre Localidad o referencia: Nombre Barrio: BOSA
En otro municipio distinto a Bogotá	4 [ ]	Cual?:
Actualmente no esta empleado ni escolarizado	5 [ ]	

19.2Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: 30 minutos

MOVILIDAD PARA EL ACCESO ESPACIAL A LOS SERVICIOS DE SALUD — No aplica [ ]

20.Su IPS primaria, se localiza:

En la misma comuna/corregimiento donde reside	1 [ ]
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside	2 [X]
En Bogotá	3 [ ]
En otro municipio distinto a Bogotá	4 [ ]
Actualmente no se encuentra afiliado al SGSSS	5 [ ]

20.2Cuanto tarda en desplazarse a su IPS primaria?: 30 minutos

20.3Le parece que queda: 1. cerca [X] 2. lejos [ ]

IMPRESO POR: IMPRESOS DEL NORTE POP-PLANO 01 NIT

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO VIVIENDA SALUDABLES

GRUPO TÉNICO O POBLACIÓN ESPECIAL:

	DESCRIPCION DE LA VIVIENDA Y SUS CONDICIONES	SI	NO
1	Paredes y techos sin grietas, huecos, humedades	✓	
2	Las áreas habitaciones de la vivienda están separadas entre si (baño, cocinas y habitaciones)	✓	
	MANEJO DE AGUAS PARA CONSUMO HUMANO		
3	La vivienda cuenta con adecuado sistema de suministro de agua (acueducto, continuo, sin fugas, acometidas en buen estado, fuentes sin semovientes o libres de elementos extraños)		✓
	MANEJO DE AGUAS RESIDUALES		
4	La familia cuenta con unidad sanitaria sin riesgo higiénico sanitario	✓	
5	Existe adecuada disposición de aguas residuales y grises (baño, cocina, lavadero, terraza, campo abierto, pozo séptico)	✓	
	RESIDUOS SóLIDOS		
6	Vivienda aseada y ordenada	✓	
	MANEJO DE PLAGAS		
7	Hay presencia de plagas en la vivienda (roedores, insectos, piojos, pulgas, palomas)	✓	
	ALIMENTOS E HIGIENE		
8	Adecuada limpieza de la cocina (orden, limpieza y desinfección)		✓
9	¿Sabe que son las ETAS?	✓	
	CONOCE LOS RIESGOS QUIMICOS EN EL HOGAR		
10	Los productos químicos están almacenados de forma segura (lugar ventilado, rotulados, separados de las áreas habitacionales)	✓	
11	Principales productos químicos usados dentro del hogar	PRODUCTOS ASEO	

	NUESTRAS MASCOTAS					
12	Numero de felinos en la vivienda	0	Machos	0	Hembras	0
	Numero de Caninos en la vivienda	0	Machos	0	Hembras	0
13	En el utlimo año sus mascota ha sido vacunado			N.A	—	—
	¿Porque no vacuna a sus mascotas?	Falta de interés		Falta de información		

	CONOCE EL RIESGO DE CONTAMINACIoN INTRAMURAL	SI	NO
14	Fuma dentro de la vivienda		✓

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN NUCLEOS FAMILIARES

IDENTIFICACIÓN				VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	FECHA NACIMIENTO			SEXO		POBLACION DIFERENCIALES Y DE INCLUSION							GRUPO ETNICO								DISCAPACIDAD						ORIENTACION SEXUAL							ESTADO CIVIL					ESCOLARIDAD									TIPO DE FAMILIA						OCUPACIÓN													RELIGIÓN				
Numero de orden del Individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T_DOC	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)	DD	MM	AAAA	Hombre	Mujer	Desplazado	Victima del conflicto armado	Reinsertados	Trabajador informal	Reciclador	Vendedor ambulante	Ninguno	Indigena	Afro-colombiano	ROM o Gitano	Raizal del archipielago	Palenquero	Blanco	Mestizo	Ninguna de los anteriores	Visual	Cognitiva	Auditiva	Fisica	Multiple	Ninguno	Lesbiana	Gay	Transgenero	Bisexual	Intersexual	Heterosexual	Otra	Union libre	Casado	Viudo	Separado o divorsiado	Soltero	Analfabeta	Preescolar	Primaria	Secundaria	Tecnica	Tecnologica	Universitaria	Postgrado	Desescolarizado	Unipersonal	Nuclear	Extensa o conjunta	Monoparental	Simultanea	Compuesta	Asalariado de empresa particular con contrato a término indefinido	Asalariado de empresa particular con contrato a término fijo	Asalariado del Gobierno con contrato a término indefinido	Asalariado del Gobierno con contrato a término fijo	Jornalero o peón	Trabajador por cuenta propia o Trabajo informal	Patrón o empleador	Trabajador de su propia finca (en arriendo o aparcería)	Trabajador familiar sin remuneración	Pensionado	Estudiante	Menor de edad	Otro, cual?	Católica	Evangélica y Pentecostal (Evangélico Pentecostal, Iglesia de Dios, Asambleas de Dios, Iglesia del Reino de Dios, Iglesia Universal Cuadrangular, Iglesia Congregación Cristiana, Menonita, Hermanos de Cristo, Iglesia de Cristo, Reformada, Carismático no católico, Luz del Mundo, Bautista, Iglesia del	Testigos de Jehová	Otro, ¿cuál?	Ninguna
1	GUZMAN HAINER	CC	802 71818	56	18	02	66	X								X								X						X						X			X							6							X										X											X
2	SANCHEZ ONAIRA	CC	5220 5403	50	5	6	73		X							X								X						X						X			X							7							X													X									X
3	GUZMAN DIEGO	TI	NO REFIERE	16	6	12	06	X								X								X						X						X						X				9							X															X							X
4																																																																											
5																																																																												
6																																																																												
7																																																																												
8																																																																												
9																																																																												
10																																																																												

IMPRESO POR IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT 79140518-1 TELEFONO 812 4316 - 310 560 4347

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBI[illegible]
AVANZ[illegible]

FORMATO DE CARACTERIZACIÓN NUCLEOS FAMILIARES

CONDICION DE AFILIACIÓN AL SGSSS: Actualmente ¿...está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de Seguridad Social en Salud?	Nombre de la EPS	En los ULTIMOS 12 MESES, ¿...estuvo cubierto por una entidad de Seguridad Social en Salud?	De manera voluntaria, ¿...tiene planes complementarios de salud como medicina prepagada, pólizas o seguros de salud?	CONDICIÓN DE SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA: En los ULTIMOS 30 DIAS ¿Tuvo alguno de los siguientes problemas de salud que NO implicaron hospitalización?: Enfermedad o dolor crónico	Accidente o lesión física	Problema odontológico	Cirugia Ambulatoria	signos de alarma en la gestacion	sintomaticos respiratorios	Ninguno
✓	CONVIDA	S	✓							✓
✓		S	✓							✓
✓		S	✓							✓

¿Qué hizo principalmente para tratar ese problema de salud?: Acudió a un hospital, clínica, centro de salud u otra institución de salud	Acudió a un médico general, especialista particular u odontólogo	Acudió a un profesional de medicina alternativa (Homeópata o acupunturista)	Acudió a un profesional de medicina alternativa (Homeópata o acupunturista)	Acudió al boticario, farmaceuta (Droguería)	Consultó a un tegua, curandero, yerbatero, comadrona.	Usó remedios caseros	Se auto recetó	Ninguna de los anteriores

Si no utilizó los servicios de un profesional de la salud, La razón principal fue: El caso era leve	No tuvo tiempo	El centro de atención queda lejos	Falta de dinero	Cita distanciada en el tiempo	No lo atendieron	No confía en los médicos	Consultó antes y no le resolvieron el problema	Muchos trámites para la cita	Lo (a) hacen esperar mucho en el consultorio antes de atenderlo	No tiene EPS o seguro médico	Otra	Ninguno de los anteriores	Severidad del problema de salud: Por esos problemas de salud, ¿cuántos días dejó de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Número de dias
												✓	
												✓	
												✓	

CONDICIÓN DE SALUD Y USO DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN: Durante los ULTIMOS 12 MESES, ¿Estuvo hospitalizado por?: Parto vaginal	Parto abdominal (cesarea)	Cirugia	Enfermedad	Accidente de trabajo	Accidente de tránsito	Accidente casero	Otro tipo de accidente	Herida con arma de fuego o corto punzante	Otra causa	No estuvo hospitalizado	Severidad del problema de salud: Por esos problemas de salud, ¿cuántos días dejó de asistir a su trabajo, estudio o de realizar sus actividades cotidianas? Número de dias
										✓	
										✓	
										✓	

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD: ¿Cuál es la alternativa que mejor describe su estado [illegible] en el día de hoy en términos de ?

Movilidad: No tiene problemas para caminar	Tiene alguno problemas para caminar	Tiene que estar en cama	Cuidado personal: No tiene problemas con el cuidado personal	Tiene algunos problemas para bañarse y vestirse	Es incapaz de bañarse o vestirse	ACTIVIDADES COTIDIANAS (trabajar, estudiar, actividades familiares, de recreación, etc.): No tiene problemas para realizar sus actividades cotidianas	Tiene algunos problemas para realizar sus actividades cotidianas	Es incapaz de realizar sus actividades cotidianas	DOLOR/ MALESTAR: No tiene dolor ni malestar	Tiene moderado dolor o malestar	Tiene mucho dolor o malestar	ANGUSTIA/ DEPRESIÓN: No está angustiado(a) ni deprimido(a)	Ha pensado y/O intentado suicidarse	Está moderadamente angustiado(a) o deprimido(a)	Está muy angustiado(a) o deprimido(a)	En una escala de 0 a 100 señale su estado de salud actual, donde 100 indica el mejor estado de salud y 0 el peor que pueda imaginarse.
✓			✓			✓			✓			✓				85
✓			✓			✓			✓			✓				85
✓			✓			✓			✓			✓				85

20.¿Cuanto tarda en [illegible] primaria? 30 minutos

20.¿Le parece que queda: 1. cerca ☐ 2. lejos ☒

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION Y CANALIZACIÓN DEL RIESGO A NIVEL INIDIVIDUAL

Numero de orden del individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T_DOC	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)	CURSO DE VIDA	CONSULTA MEDICA ULTIMO AÑO (SI/NO)	RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO - CRECIMIENTO Y DESARROLLO (SI/NO/NA)	EVALUACIÓN NUTRICIONAL - TEST DE FINDRISK - CARDIOVASCULAR-EPOC																				SINTOMATICO RESPIRATORIO (De más de 15 días de evolución)				
								EDAD (Solo aplica para > de 18 años)	TALLA	PESO	IMC	PERIMETRO ABDOMINAL (Solo aplica para > de 18 años)	ACTIVIDAD FÍSICA (Solo aplica para > de 18 años)	CONSUMO FRUTAS Y VERURAS A DIARIO (Solo aplica para > de 18 años)	TOMA MEDICAMENTO PARA HTA (Solo aplica para > de 18 años)	LE HAN ENCONTRADO VALORES DE GLUCOSA ALTA (Solo aplica para > de 18 años)	FAMILIARES CON DX DE DM (Solo aplica para > de 18 años)	RESULTADO TEST FINDRISK (Solo aplica para > de 18 años)	TENSION ARTERIAL (>DE 14 AÑOS)		FUMA O EX FUMADOR (Solo para > de 40 años)	TOSE MUCHAS VECES SI / NO/NA	TIENE MOCOS O FLEMAS LA MAYORIA DE LOS DÍAS (Solo para > de 40 años SI/NO / NA)	SE QUEDA SIN AIRE MAS FACILMENTE QUE OTRAS PERSONAS DE SU EDAD (Solo para > de 40 años / SI/NO / NA)	RIESGO DE EPOC (Solo para > de 40 años)	SIGNO 2 CNT (SI/NO)	SOBREPESO PARA LA EDAD (SI/NO)	TOS IGUAL O MAYOR A 15 DÍAS	PERDIDA DE PESO	FIEIIRE	TOS :3ECA	TOS CON FLEMA
								< 45= 0 45 a 54= 2 55 a 64= 3 > 64= 4 NA			< 25= 0 25 a 30= 1 > 30= 3	Hombres: < 94= 0 > 94= 4 Mujeres < 90= 0 > 90= 4 NA	SI= 0 NO= 2 NA	SI= 0 NO= 1 NA	SI= 2 NO= 0 NA	SI= 5 NO= 0 NA	Padre, hno, hijos= 5 Abuelos, tios, primos 3 Otros o ninguno= 0 NA		SISTOLICA (NA)	DIASTOLICA (NA)	SI / NO/NA				SI/ NO / NA			SI/ NO	SI/ NO/ NA	SI/ NO/ NA	SI/ NO/ NA	SI/ NO/ NA
					0 a 1 Año																											
					1 a 5 Años																											
					6 a 11 Años																											
3	DIEGO GOZMAN	TI	NO REFIERE	16	12 a 17 años	SI	SI	NK	1,63	59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
					18 a 28 Años																											
1	HANES GOZMAN	CC	80271818	56	29 a 59 Años	SI	SI	1,3	1,80	53,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2	ORNAIRA SANCHEZ	CC	52205403	50		SI	SI	2,1	1,65	62,3	0	0	2	1	0	0	0	5	2	SI, NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
					Mayor de 60 Años																											

IMPRESO POR IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT 79140518- 1 TELÉFONO 612 4315 - 310 560 4347

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACION Y CANALIZACIÓN DEL RIESGO A NIVEL INIDIVIDUAL

| ...NCIA ...ERNA (Solo < de 5 años o No Aplica) | | VACUNACIÓN | AIEPI (Solo < de 5 años o No Aplica) | | | | SALUD ORAL | | | | | ENFERMEDADES TRANSMISIBLES | | | | | SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA | | | | | | | | | | | | ENFERMEDADES CRONICAS | | | | | | | | | | | |

SECRETARIA DE SALUD - DIRECCION DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

EL CAMBIO AVANZA

FORMATO FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN Y CANALIZACIÓN DEL RIESGO A NIVEL INIDIVIDUAL

Número de orden del individuo	APELLIDOS Y NOMBRES	T_DOC	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)	CURSO DE VIDA	CONSULTA PSICOLOGICA EN EL ULTIMO AÑO	ACTIVACIÓN RUTA DE SALUD MENTAL	EVALUACIÓN PSICOLÓGICA					REDES DE APOYO			APOYOS INSTITUCIONALES		CANALIZACIÓN A OTROS SERVICIOS	
								ACEPTA CITA	CONSULTA (CITA)	CUMPLIMIENTO Y TRATAMIENTO	ANTECEDENTES CLINICOS IMPORTANTES		VINCULOS FAMILIARES (SI/NO)		PERSONA CUIDADORA	SE CUENTA CON APOYO PSICOLOGICO DESDE CONTENCIÓN		INSTITUCIONALES	ENTERNOS
						SI/NO	SI/NO				SI/NO	CUAL	CUALES	CUAL		SI/NO	CUALES NA	SI/NO	SI/NO
					0 a 1 Año														
					1 a 5 Años														
					6 a 11 Años														
3	ROCIO ROZWAN	TI	NO REFIERE	16	12 a 17 años	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NA	NO	SI	NO	SI	EPS	NO	NO
					18 a 28 Años														
1	HANES ROZWAN	CC	80221818		29 a 59 Años	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NA	NO	SI	NO	SI	EPS	NO	NO
2	CHAIKA SANCHEZ		52X5403			NO	NO	SI	SI	SI	NO	NA	NO	SI	NO	SI	EPS	NO	NO
					Mayor de 60 Años														

EL CAMBIO AVANZA

SECRETARIA SALUD - DIRRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FORMATO PLAN FAMILIAR

N° Ficha familiar: 2946H	Direccion de la vivienda y barrio: KR 36 D TE # 40A-76	Telefono: 3012259328

VISITA INICIAL

NOMBRE Y PERFIL DEL QUE REALIZA LA VISITA: MONICA FLOREZ ACV ENFERMERIA

Fecha	Hallazgos relevantes identificados en la familia	Educación brindada a la familia	Compromisos adquiridos con la familia	firma y cedula que recibe la visita
02 FEB 2023	SE CARACTERIZA NUCLEO FAMILIAR #1 ASISTE A CONTROL MEDICO, NO EX PROSTATA #2 ASISTE A CONTROL MEDICO NO SE HA REALIZADO CITOLOGIA, NI MAMOGRAFIA #3 ASISTE A CONTROL MEDICO NO HA INICIADO VIDA SEXUAL	IMPORTANCIA DE REALIZARSE CITOLOGIA COMO MEDIO DE DETECCION DE DIVERSAS ALTERACIONES CERVICALES Y SU PREVENCION. IMPORTANCIA DE REALIZARSE CITOLOGIA Y EXAMEN DE PROSTATA PARA PREVENCION DE CANCER. IMPORTANCIA DE VIGILAR SINTOMAS DE COVID-19 Y VIRUELA DEL MONO.	NUCLEO FAMILIAR SE COMPROMETE. CONTINUAR ASISTIENDO A CONTROL MEDICO. #1 REALIZARSE EX PROSTATA CADA 2 AÑOS #2 REALIZARSE CITOLOGIA DE SU EXISTENCIA Y MAMOGRAFIA CADA 2 AÑOS. SEGUIR EDUCACION BRINDADA	V Claudia Sanchez L +57 305 4193

VISITA DE SEGUIMIENTO

NOMBRE Y PERFIL DE QUE REALIZA VISITA DE SEGUIMIENTO:

Fecha	Logros Alcanzados en la familia	Dificultades	Educacion brindada	firma y cedula que recibe la visita

IMPRESO POR IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT: 79140518- 1 TELÉFONO: 812 4315 - 310 560 4347

AVANZA

SECRETARIA DE SALUD DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FORMATO CANALIZACION Y NOTIFICACION

BARRIO: LA ISLA | COMUNA: 4 | Nº DE FICHA: 2941611
TIPO DE NOTIFICACION COMUNITARIA: [ ] | FECHA APLICACION: 07/02/2024

EQUIPO RESPUESTA INICIAL: M

IDENTIFICACION

QUIEN NOTIFICA

1er. NOMBRE: MONICA | 2do NOMBRE: | 1er. APELLIDO: FLOREZ | 2do APELLIDO:
TIPO DE DOCUMENTO: ADULTO SIN ID [ ] CC [X] CE [ ] NIÑO(A) SIN ID [ ] RC [ ] TI [ ] OTRO/CUAL | No. DOCUMENTO: 52705278
INSTITUCION NOTIFICADORA: ESSS

QUIEN ES CANALIZADO

1er. NOMBRE: ORIANA | 2do NOMBRE: | 1er. APELLIDO: SANCHEZ | 2do APELLIDO:
TIPO DE DOCUMENTO: ADULTO SIN ID [ ] CC [X] CE [ ] NIÑO(A) SIN ID [ ] RC [ ] TI [ ] OTRO/CUAL: | No. DOCUMENTO: 52705403
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) | CASADO(A) [X] | VIUDO(A) [ ] | SEPARADO(A) [ ] | UNION LIBRE [ ] | FECHA DE NACIMIENTO: 01/06/1973

DIRECCION
- CALLE [ ] 36 NUMERO [ ] LETRA [ ] BIS [ ] LETRA [ ] SUR [ ] 40 NUMERO [X] LETRA [ ] BIS [ ] LETRA [ ] 76 NUMERO [ ] SUR [ ] ESTE
- CARRERA [X] (ESTE)
- DIAGONAL [ ]
- TRANSVERSAL [ ]
- AVENIDA CALLE [ ]
- AVENIDA CARRERA [ ]

COMPLEMENTO: INTERIOR [ ] | BLOQUE [ ] | OTRO [ ] | TORRE [ ] | APARTAM [ ] | CASA [ ] | MANZANA [ ] | NUMERO | URBANA [X] | RURAL [ ] | VEREDA [ ]

TELÉFONOS: 301 2259328

SGSSS
CONTRIBUTIVO [ ] | SUBSIDIADO [X] | RÉGIMEN ESPECIAL [ ] | NO ASEGURADO [ ] | NOMBRE EPS: COMPUTA

TIPO DE CANALIZACIÓN

CANALIZACIÓN PARA LA GESTIÓN TRANSECTORIAL [ ] | CANALIZACIÓN A EQUIPO EBS [X] | CANALIZACION PLAN DE BENEFICIO [ ] | CANALIZACIÓN A VIGILANCIA SANITARIA [ ]

CANALIZACIÓN A ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

FISIOTERAPIA [ ] | SANEAMIENTO BASICO [ ] | INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL [X]
ENFERMERIA [ ] | SALUD BUCAL [ ] | TRABAJO SOCIAL [ ] | OTRO/CUAL [ ]

CANALIZACIÓN A SERVICIOS PLAN DE BENEFICIOS

A. PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) [ ] | ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL [ ] | ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES [ ]
ALTERACIONES DEL EMBARAZO [ ] | CRECIMIENTO Y DESARROLLO (NIÑO(A) DE 10 AÑOS) [ ] | ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (10-20 AÑOS) [ ]
ALTERACIONES DEL ADULTO (MAYOR DE 45 AÑOS) [ ] | DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE SENO [X] | DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO [X]
ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL [ ] | DETECCION DE VIH [ ] | PREVENCION CONSUMO DE SPA [X]
PROGRAMA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES [ ]

B. SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

URGENCIAS [ ] | SALA ERA [ ] | SERVICIO DE MEDICINA GENERAL [ ] | ATENCIÓN EN SALUD MENTAL [ ] | SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIZADA
SERVICIO DE ODONTOLOGÍA [ ] | CONSULTA DE NUTRICION [ ] | ATENCION CANGURO O DE BAJO PESO AL NACER [ ] | OTRO/CUAL [ ]

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y COMUNITARIA

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA Y/O MOTIVO DE LA CANALIZACION

USUARIA NO SE HA REALIZADO EX DE CITOLOGIA, NI MAMOGRAFIA, PRESENTA DE NODULOS

CANALIZACIÓN SERVICIOS SOCIALES

ALCALDÍA MUNICIPAL [ ] | SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL [ ] | SECRETARIA DE SALUD [ ] | ICBF [ ]
POLICÍA NACIONAL [ ] | SECRETARIA DE GOBIERNO [ ] | SECREATARIA DE EDUCACION [ ] | SECREATARIA DE MOVILIDAD [ ]
PLANEACION - SISBEN [ ] | [ ] | HOGARES DE PROTECCION [ ] | PERSONERIA [ ]
CANALIZACIÓN A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO | SERVICIOS PUBLICOS [ ] | SECRETARIA DE PLANEACIÓN GESTIÓN BIOAMBIENTAL [ ]
UNIDAD DE ATENCION Y ORIENTACION (UAO) [ ]

SEGUIMIENTO

ASISTIÓ AL SERVICIO AL CUAL FUE REMITIDO POR EL EQUIPO DE SALUD [SI] [NO]
NO LE ASIGNARON LA CITA DE FORMA OPORTUNA [ ] | NO CONTABA CON LOS RECURSOS (dinero-tiempo) PARA TRASLADARSE AL PUNTO DE ATENCIÓN [ ]
NO LE PARECIÓ IMPORTANTE ASISTIR AL SERVICIO [ ] | OTRO/CUAL [ ]

RESPUESTA DE LA ENTIDAD | FECHA DE LA ATENCIÓN D D M M A A A

PROCESOS PENDIENTES O POSTERIORES

FIRMA DEL PERFIL DE SOACHA CIUDAD SALUDABLE: MONICA FLOREZ. | FIRMA PERSONA CANALIZADA

Actualmente no esta empleado ni escolarizado

SECRETARIA DE SALUD- DIRECCION DE SALUD PUBLICA
ALCALDIA MUNICIPAL DE SOACHA
ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE
FORMATO CANALIZACION Y NOTIFICACION

BARRIO: JAISTA
COMUNA: 4
N° DE FICHA: 2941611
FECHA CAPTACIÓN: 02 01 2023.

TIPO DE NOTIFICACION COMUNITARIA ☐
EQUIPO RESPUESTA INICIAL ☒

IDENTIFICACIÓN

QUIEN NOTIFICA

1er. NOMBRE: MONICA
2do. NOMBRE:
1er. APELLIDO: FLOREZ
2do. APELLIDO:
TIPO DE DOCUMENTO: ADULTO SIN ID ☐ CC ☒ CE ☐ NIÑO(A) SIN ID ☐ RC ☐ TI ☐ OTRO/CUAL:
No. DOCUMENTO:
INSTITUCIÓN NOTIFICADORA: ERSJ

QUIEN ES CANALIZADO

1er. NOMBRE: HANES
2do. NOMBRE:
1er. APELLIDO: GOZALAN
2do. APELLIDO:
TIPO DE DOCUMENTO: ADULTO SIN ID ☐ CC ☒ CE ☐ NIÑO(A) SIN ID ☐ RC ☐ TI ☐ OTRO/CUAL:
No. DOCUMENTO: 80271818
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☒ VIUDO(A) ☐ SEPARADO(A) ☐ UNIÓN LIBRE ☐
FECHA DE NACIMIENTO: 18 12 1966.
DIRECCIÓN:
CALLE ☐ CARRERA ☒ DIAGONAL ☐ TRANSVERSAL ☐ AVENIDA CALLE ☐ AVENIDA CARRERA ☐
36 NÚMERO ☐ LETRA ☐ BIS ☐ LETRA ☐ SUR ☐ ESTE ☒ 40 NÚMERO ☐ LETRA ☐ BIS ☐ LETRA 76 NÚMERO ☐ SUR ☐ ESTE
COMPLEMENTO: INTERIOR ☐ TORRE ☐ CASA ☐ BLOQUE ☐ APARTAM ☐ MANZANA ☐ OTRO ☐ NUMERO
URBANA ☒ RURAL ☐ VEREDA:
SGSSS: CONTRIBUTIVO ☐ SUBSIDIADO ☒ RÉGIMEN ESPECIAL ☐ NO ASEGURADO ☐
TELÉFONOS: 301 225 9328
NOMBRE EPS: COMFACA

TIPO DE CANALIZACIÓN

CANALIZACIÓN PARA LA GESTIÓN TRANSECTORIAL ☐
CANALIZACIÓN A EQUIPO ERI ☐
CANALIZACIÓN PLAN DE BENEFICIO ☐

CANALIZACIÓN A ESTRATEGIA SOACHA CIUDAD SALUDABLE

FISIOTERAPIA ☐ ENFERMERIA ☐ SANEAMIENTO BASICO ☐ SALUD BUCAL ☐ INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL ☐ TRABAJO SOCIAL ☐
CANALIZACIÓN A VIGILANCIA SANITARIA ☐

CANALIZACIÓN A SERVICIOS PLAN DE BENEFICIOS

OTRO/CUAL:

A. PROTECCIÓN ESPECIFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES (PAI) ☐
ALTERACIONES DEL EMBARAZO ☐
ALTERACIONES DEL ADULTO (MAYOR DE 45 AÑOS) ☒
ALTERACIONES DE LA AGUDEZA VISUAL ☐
PROGRAMA ENFERMEDADES TRANSMISIBLES ☐
ATENCIÓN PREVENTIVA EN SALUD BUCAL ☐
CRECIMIENTO Y DESARROLLO (NIÑO(A) DE 10 AÑOS) ☐
DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE SENO ☐
DETECCIÓN DE VIH ☐
ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES ☐
ALTERACIONES DEL DESARROLLO DEL JOVEN (10-29 AÑOS) ☐
DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO ☐
PREVENCION CONSUMO DE SPA ☐

B. SERVICIOS DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD

URGENCIAS ☐ SALA ERA ☐
SERVICIO DE ODONTOLOGÍA ☐ CONSULTA DE NUTRICION ☐
SERVICIO DE MEDICINA GENERAL ☐ ATENCIÓN EN SALUD MENTAL ☐ SERVICIO DE MEDICINA ESPECIALIZADA ☐
ATENCION CANGURO O DE BAJO PESO AL NACER ☐
OTRO/CUAL:

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y COMUNITARIA

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA Y/O MOTIVO DE LA CANALIZACION

USUARIO NO SE HA REALIZADO LA PROSTATA

CANALIZACIÓN SERVICIOS SOCIALES

ALCALDÍA MUNICIPAL ☐ POLICÍA NACIONAL ☐ PLANEACION - SISBEN ☐
SECRETARIA DESARROLLO SOCIAL ☐ SECRETARIA DE GOBIERNO ☐
SECRETARIA DE SALUD ☐ SECREATARIA DE EDUCACION ☐ HOGARES DE PROTECCION ☐ SERVICIOS PUBLICOS ☐
ICBF ☐ SECREATARIA DE MOVILIDAD ☐ PERSONERIA ☐ SECRETARIA DE PLANEACIÓN GESTIÓN BIOAMBIENTAL ☐

CANALIZACIÓN A VICTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO
UNIDAD DE ATENCION Y ORIENTACION (UAO) ☐

SEGUIMIENTO

ASISTIO AL SERVICIO AL CUAL FUE REMITIDO POR EL EQUIPO DE SALUD SI ☐ NO ☐
NO LE ASIGNARON LA CITA DE FORMA OPORTUNA ☐
NO LE PARECIO IMPORTANTE ASISTIR AL SERVICIO ☐
NO CONTABA CON LOS RECURSOS (dinero-tiempo) PARA TRASLADARSE AL PUNTO DE ATENCIÓN ☐
OTRO/CUAL:

RESPUESTA DE LA ENTIDAD:
FECHA DE LA ATENCIÓN:
PROCESOS PENDIENTES O POSTERIORES:
FIRMA DEL PERFIL DE SOACHA CIUDAD SALUDABLE: MONICA FLOREZ
FIRMA PERSONA CANALIZADA:

En la misma comuna/corregimiento donde reside ☐ 1
En otra comuna/corregimiento del municipio distinta a la que reside ☐ 2
En Bogotá ☒ 3
En otro municipio distinto a Bogotá ☐ 4
Actualmente no esta empleado ni escolarizado ☐ 5

Cual?:
Nombre Localidad o referencia: Nombre Barrio: SOACHA

19. Cuanto tarda en desplazarse a su sitio de trabajo/estudio?: 70 minutos

IMPRESO POR IMPRESOS DELINEANTES HOSPITALARIOS NIT 79140516-1 TELÉFONO 812 4315 - 310 560 4347