COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

# Ministerio de Salud y Protección Social
## Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

### 1.1. Datos generales del escenario del entorno que se caracteriza

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Departamento | Cesar | 2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia | |
| 3. Municipio / Área no municipalizada | 20045 - Becerril | | |
| 4. Territorio | | ID: | Serial: |
| 5. Microterritorio | | ID: | Serial: |
| 6. Corregimiento / Centro de poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo Indigena | | | |

Corregimiento de EEVV 9°37'34 N° 7312450

| | | | |
|---|---|---|---|
| 7. Dirección | PUEBLO NUEVO calle 1 | 8. Geopunto (online-offline) y altitud | |
| 9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia) | 3 casa antes de la Farmacia | | |
| 10. Número de Identificación de la familia | | 11. Estrato socieconómico de la vivienda | (•) 1. Bajo-Bajo |

( ) 2. Bajo ( ) 3. Medio-Bajo ( ) 4. Medio ( ) 5. Medio-Alto ( ) 6. Alto

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 12. Número de hogares en la vivienda | 1 | 13. Número de familias en la vivienda | 1 | 14. Número de personas en la vivienda | 1 |

### 1.2. Identificación del encuestador

| | |
|---|---|
| 15. Número de identificación del Equipo Básico de Salud (EBS) | |
| 16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS | 2004500439 ESE HOSPITAL San José |
| 17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización | |
| 18. Perfil de quien realiza la evaluación de necesidades en salud - caracterización | Aux enfermeria 1065583073 |
| 19. Código de la ficha | |
| 20. Fecha diligencimiento de la ficha | 2024. |

## 2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

### 2.1. Estructura y contexto familiar

21. Tipo de familia: (•) 1. Nuclear biparental ( ) 2. Nuclear monoparental ( ) 3. Extenso biparental ( ) 4. Extenso monoparental ( ) 5. Compuesto biparental ( ) 6. Compuesto monoparental ( ) 7. Unipersonal

| | | | |
|---|---|---|---|
| 22. Número de personas que conforman la familia | 1 | 23. Estructura y dinámica familiar (Diligenciamiento Familiograma) | |

Seleccione el tipo de riesgo identificado: ( ) 1. Riesgo Biológico ( ) 2. Riesgo Psicológico (•) 1. Riesgo Social

Observaciones:

24. Funcionalidad de la familia (Apgar familiar) | ○ 0 a 3 puntos. Disfunción familiar | 4 a 6 puntos. Funcionalidad moderada | ◉ 4 a 6 puntos. Alta Funcionalidad

25. En la familia se identifica un cuidador principal de niños, niñas, persona con discapacidad, adulto mayor o enfermedad? | ○ SI | ◉ NO

26. Si la respuesta anterior es SI aplicar escala ZARIT y registre aquí el resultado -puntaje para determinar si se requiere intervención individual o familiar | ○ 1. Ausencia de sobrecarga (≤ 46) | ○ 2. Sobrecarga ligera (47-55) | ○ 3. Sobrecarga intensa (≥ 56)

27. Interrelaciones de la familia con el contexto socio cultural (diligenciar ECOMAPA) | ○ 1. Positivo | ○ 2. Tenue | ○ 3. Estresante | ◉ 4. Energía Fluye | ○ 5. Intenso

## 2.2. Situaciones o condiciones de especial protección de la familia y sus integrantes

28. Familia con niñas, niños y adolescentes | ○ SI | ◉ NO

29. Gestante en la familia | ○ SI | ◉ NO

30. Familia con personas adultos mayores | ◉ SI | ○ NO

31. Familia víctima del conflicto armado | ◉ SI | ○ NO

32. Familia que convive con personas con discapacidad | ○ SI | ◉ NO

33. Familia que convive con personas que presentan alguna enfermedad crónica, huérfana o en estado terminal | ○ SI | ◉ NO

34. Familia que convive con persona que presentan alguna enfermedad transmisible | ○ 1. TB | ○ 2. Lepra | ○ 3. Escabiosos, enfermedades infecciosas de la piel u otras | ○ 4. Malaria | ○ 5. Dengue | ○ 6. Chagas | ○ 7. Hepatitis A | ○ 8. Alguna enfermedad inmunoprevenible ( varicela- parotiditis, otra) | ○ 9. Otras | ◉ 10. Ninguna

35. Familia con vivencia de sucesos vitales normativos y no normativos ( Eventos significativos que inciden de manera positiva o negativa en la persona y familia por ejemplo: Ingreso de niños estudiar, muerte familiar, accidente que genera discapacidad, separación pareja, entre otros) | ○ SI | ◉ NO

36. Familia en situación de vulnerabilidad social (Consumo de SPA - Alcohol, explotación sexual, trabajo infantil, conflictos interpersonales, violencia intrafamiliar, trastorno mental, entre otras) | ○ SI | ◉ NO

37. Familias con prácticas de cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado en la salud (Hábitos alimentarios, situaciones de abandono) | ○ SI | ◉ NO

38. Familia con integrantes con antecedentes de Ca, HTA, Diabetes, Asma, Enfermedad cardiaca, otra | ◉ SI | ○ NO

38.2 Si la respuesta es si indique cuales

38.3 Recibe tratamiento | ◉ SI | ○ NO

39. Cómo obtiene sus alimentos | ○ 1. Cultiva | ○ 2. Cría de animales | ○ 3. Cacería | ○ 4. Recolección de alimentos | ○ 5. Trueque o intercambio | ◉ 6. Compra | ○ 7. Asistencia del Estado | ○ 8. Ayuda humanitaria | ○ 9. Otra

39.2 Cuál?

## 2.3. Prácticas o condiciones protectoras para el cuidado de la salud predominantes en la familia

40. Hábitos de vida saludable adaptado a las condiciones contextuales y culturales de la familia y sus integrantes. | ○ SI | ◉ NO

41. Recursos socioemocionales que potencian el cuidado de la salud de la familia | ○ SI | ◉ NO

42. Prácticas para el cuidado y protección de los entornos | ○ SI | ◉ NO

43. Prácticas de favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas | ○ SI | ◉ NO

44. Recursos sociales y comunitarios para el establecimiento de redes colectivas para la promoción de la salud. | ○ SI | ◉ NO

45. Prácticas para la conservación de la autonomía y la capacidad funcional de las personas mayores. | ○ SI | ◉ NO

46. Prácticas para la prevención de enfermedades en todas las edades. | ○ SI | ◉ NO

47. Prácticas de cuidado desde los saberes ancestrales/tradicionales (aplica para poblaciones y comunidades indígenas, negras afrocolombianas, raizales, palenqueras y rom) | ○ SI | ◉ NO

48. Capacidades de las familias para el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud | ○ SI | ◉ NO

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| 49. Primer Nombre | IRENE | 50. Segundo Nombre | |
| 51. Primer Apellido | MENESES | 52. Segundo Apellido | TARAZONA |
| 53. Tipo de identificación | cedula | 54. Número de identificación | 42401102 |
| 55. Fecha de nacimiento (AAA MM DD) | 1958 | 11 | 04 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 56. Sexo | ○ 1. Hombre | ● 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | 57. Rol dentro de la familia | ● 1. Jefe(a) de familia | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | ○ 3. Hijo(a) |
| ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro | Cuál | | | | |

| | |
|---|---|
| 58. Ocupación | |

| | | |
|---|---|---|
| 59. Nivel Educativo | 60. Régimen de afiliación | 61. EAPB |
| 5 Primaria | ● 1. Subsidiado ○ 2. Contributivo ○ 3. Especial ○ 4. Excepción ○ 5. No afiliado | Nueva EPS. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 62. Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ● 7. Ninguna |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 63. Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | 64. Comunidad o pueblo indígena |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ● 7. Ninguna | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 65. Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ○ 9. Ninguna |

| | | |
|---|---|---|
| 66. El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ● NO |

### 3.2. Situaciones o condiciones de salud

| | | |
|---|---|---|
| 67. Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ● NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 68. Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud | | | ○ 1. Valoración Integral para la PYMS |
| ● 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | | ● 4. Aplicación de flúor |
| ● 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo | |
| ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito | |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ● 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ○ 13. Tamizaje para ITS | ● 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino |
| ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto | |
| ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad | |
| ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido | |
| ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ● 25. Educación para la salud | ○ 26. Ninguna | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 69. Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud | | | ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud |
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | ○ 7. Persona enferma | |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura |
| ○ 12. No afiliado | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 70. ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ● NO | 71. Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ● NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 72. Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) | | 73. Es menor de 5 años? | ○ SI ● NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 74. Resultado de toma de medidas antropométricas | 74.1 Peso (en Kilogramos) | | 74.2 Talla (en centímetros) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 75. Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla | ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | | |

| | |
|---|---|
| 76. Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial | |

| | |
|---|---|
| 77. Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda | |
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento |

| | | |
|---|---|---|
| 78. ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI | ● NO |
| 78.2 Cuáles | | |

| | | |
|---|---|---|
| 79. ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ● NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 80. Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención | | | |
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ● 3. Largos tiempos de espera | |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros | |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 81. Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional? | | | | |
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ● No aplica | |

## 4. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

### 4.1. Características y condiciones del entorno y de la vivienda

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **82.** Tipo de vivienda | (●) 1. Casa | ○ 2. Casa Indígena | ○ 3. Carpa | ○ 4. Apartamento | ○ 5. Pieza/ Cuarto en Inquilinato | ○ 6. Contenedor |
| ○ 7. Embarcación | ○ 8. Vagón | ○ 9. Refugio Natural | ○ 10. Cueva | ○ 11. Puente | ○ 12. Otro | **85.2** ¿Cuál? |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **83.** ¿Cuál es el material predominante de las paredes? | (●) 1. Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida | ○ 2. Tapia pisada, adobe | ○ 3. Bahareque |
| ○ 4. Material prefabricado | ○ 5. Madera burda, tabla, tablón | ○ 6. Guadua, casa, esterilla, otro vegetal | ○ 7. Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico |
| ○ 8. Sin paredes | ○ 9. Otro | **83.2** ¿Cuál? | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **84.** ¿Cuál es el material predominante del piso de la vivienda? | ○ 1. Alfombra o tapete, mármol, parque, madera pulida y lacada | ○ 2. Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo | | |
| (●) 3. Cemento, gravilla | ○ 4. Madera burda, madera en mal estado, tabla, tablón | ○ 5. Tierra o arena | ○ 6. Otro | **84.2** ¿Cuál? |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **85.** ¿Cuál es el material predominante del techo? | ○ 1. Concreto | ○ 2. Tejas de barro | ○ 3. Fibrocemento | (●) 4. Zinc | ○ 5. Palma o paja |
| ○ 6. Plástico | ○ 7. Desechos (cartón, lata, tela, sacos, etc) | ○ 8. Otro | **85.2** ¿Cuál? | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **86.** ¿De cuántos cuartos o piezas dormitorio dispone esta vivienda? | 4 | **87.** Hacinamiento | ○ SI | (●) NO |

**88.** Se identifican algunos de los siguientes escenarios de riesgo de accidente en la vivienda

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños | ○ 2. Sustancias químicas al alcance de los niños | ○ 3. Medicamentos al alcance de los niños |
| ○ 4. Velas, velones, incienso encendidos en la vivienda | ○ 5. Conexiones eléctricas en mal estado o sobrecargadas | |
| ○ 6. Botones, canicas entre otros objetos pequeños o con piezas que puedan desmontarse, al alcance de los niños | ○ 7. Pasillos obstruidos con juguetes, sillas u otros objetos | |
| (●) 8. Superficies resbaladizas, suelos con agua, grasas, aceites, entre otros | ○ 9. Tanques o recipientes de almacenamiento de agua sin tapa | ○ 10. Escaleras sin protección |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **89.** Desde la vivienda se puede acceder fácilmente a: | (●) 1. Medios de transporte (Buses, autos, camiones, lanchas, etc) | | | |
| ○ 2. Parques, y áreas deportivas, Centros sociales y/o recreacionales | ○ 3. Instituciones educativas | ○ 4. Servicios de salud | ○ 5. Ninguna | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **90.** ¿Cuál fuente de energía o combustible que se usa para cocinar? | | | | |
| ○ 1. Electricidad | ○ 2. Gas natural | (●) 3. Gas Liquado del petroleo (gas propano) | ○ 4. Leña, madera o carbón de leña | ○ 5. Petróleo, gasolina, kerosén, alcohol |
| ○ 6. Carbón mineral | ○ 7. Materiales de desecho | ○ 8. Otro | **90.2** ¿Cuál? | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **91.** ¿Se observa cerca de la vivienda o dentro de ella s criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? | ○ SI | **91.2** Cuál(es)? | |
| | (●) NO | | |

### 4.2. Oficios u ocupaciones que se desarrollan en la vivienda o su entorno inmediato (peridomicilio)

**92.** Observe si cerca de la vivienda hay alguno de los siguientes:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Cultivos | ○ 2. Apriscos | ○ 3. Porquerizas | ○ 4. Galpones | (●) 5. Terrenos baldíos |
| ○ 6. Presencia de Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, et | ○ 7. Ruido o sonidos desagradables | | ○ 8. Malos olores | |
| ○ 9. Sitios satélites de disposición de excretas | ○ 10. Rellenos sanitarios/botaderos | | | |
| ○ 11. Industrias Contaminantes (del sector energético, minero, transporte, construcción, manufacturera, entre otros) | | | | |
| ○ 12. Contaminación visual | ○ 13. Río o quebrada | ○ 14. Planta de tratamiento de agua residual | ○ 15. Extracción minera | |
| ○ 16. Canales de agua lluvia | ○ 17. Vías de tráfico vehícular | ○ 18. Quemas a cielo abierto | ○ 19. Otro | |
| **92.2** Especifique | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| **93.** ¿Al interior de la vivienda se realiza alguna actividad económica? | Tienda | (●) SI |
| | | ○ NO |

**94.** Señale los animales que conviven con la familia dentro de la vivienda o en su entorno inmediato, e indique cuantos son:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Perros | (●) 2. Gato | ○ 3. Porcinos | ○ 4. Bóvidos: Búfalos, vacas, toros | ○ 5. Equidos: Asnos, mulas, caballos, burros | |
| ○ 6. Ovinos / caprino | ○ 7. Aves de producción | (●) 8. Aves ornamentales | ○ 9. Peces ornamentales, hamster | ○ 10. Cobayos, conejos | |
| ○ 11. Animales silvestres | ○ 11. Otro | **94.2** Cuál? | Gallinas | **94.3** Registrar Cantidad | 10 |

## 4.3. Agua y saneamiento básico

**95.** ¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua para consumo humano en la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Acueducto administrado por empresa prestadora (ESP) | ○ 2. Agua embotellada o en bolsa | ◉ 3. Acueducto veredal o comunitario | ○ 4. Pila pública | |
| ○ 5. Carro tanque | ○ 6. Abasto con distribución comunitaria | ○ 7. Pozo con bomba | ○ 8. Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno | ○ 9. Laguna o jagüey |
| ○ 10. Río, quebrada, manantial o nacimiento | ○ 11. Aguas lluvias | ○ 12. Aguatero | ○ 13. Otro | **95.2** Cuál |

**96.** ¿Cuál es el sistema de disposición de excretas en la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ◉ 1. Sanitario conectado al alcantarillado | ○ 2. Sanitario y letrina | ○ 3. Sanitario conectado a pozo séptico | ○ 4. Sanitario ecológico seco | |
| ○ 5. Sanitario sin conexión | ○ 6. Sanitario con disposición a fuente hídrica | ○ 7. Campo abierto | ○ 8. Otro | **96.2** Cuál? |

**97.** ¿Cuál es el sistema de disposición de aguas residuales domésticas en la vivienda?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ◉ 1. Alcantarillado | ○ 2. Pozo séptico | ○ 3. Campo de oxidación | ○ 4. Biofiltro | ○ 5. Fuente hídrica | ○ 6. Campo abierto |
| ○ 7. Otro | **97.2** Cuál? | | | | |

**98.** ¿Como se realiza la disposición final de los residuos sólidos ordinarios de la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Recolección por parte del servicio de aseo distrital o municipal | ○ 2. Enterramiento | ◉ 3. Quema a campo abierto | | |
| ○ 4. Disposición en fuentes de agua cercana | ○ 5. Disposición a campo abierto | ○ 6. Otro | **98.2** Cuál? | |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

# Ministerio de Salud y Protección Social

## Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

#### 1.1. Datos generales del escenario del entorno que se caracteriza

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Departamento | Cesar | 2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia | |
| 3. Municipio / Área no municipalizada | 20045 - BECERRIL | | |
| 4. Territorio | | ID: | Serial: |
| 5. Microterritorio | | ID: | Serial: |
| 6. Corregimiento / Centro de poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo Indigena | Corregimiento CEVU | 9°37'32 N 73°12390 | |
| 7. Dirección | PUEBLO NUEVO Calle 1 | 8. Geopunto (online-offline) y altitud | |
| 9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia) | Diagonal al Restaurante de Esquina | | |
| 10. Número de Identificación de la familia | | 11. Estrato socieconómico de la vivienda | ○ 1. Bajo-Bajo |
| ○ 2. Bajo | ○ 3. Medio-Bajo | ○ 4. Medio | ○ 5. Medio-Alto ○ 6. Alto |
| 12. Número de hogares en la vivienda | 1 | 13. Número de familias en la vivienda | 1 |
| 14. Número de personas en la vivienda | 1 | | |

#### 1.2. Identificación del encuestador

| | |
|---|---|
| 15. Número de identificación del Equipo Básico de Salud (EBS) | |
| 16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS | 2004500439 - ESE HOSPITAL SAN SOSE |
| 17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización | Gabriela Mendez 1065583013 |
| 18. Perfil de quien realiza la evaluación de necesidades en salud - caracterización | Aux enfermeria |
| 19. Código de la ficha | |
| 20. Fecha diligencimiento de la ficha | 2024- |

### 2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

#### 2.1. Estructura y contexto familiar

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21. Tipo de familia | ◉ 1. Nuclear biparental | ○ 2. Nuclear monoparental | ○ 3. Extenso biparental |
| ○ 4. Extenso monoparental | ○ 5. Compuesto biparental | ○ 6. Compuesto monoparental | ○ 7. Unipersonal |
| 22. Número de personas que conforman la familia | 1 | 23. Estructura y dinámica familiar (Diligenciamiento Familiograma) | |
| Seleccione el tipo de riesgo identificado | ○ 1. Riesgo Biológico | ○ 2. Riesgo Psicológico | ◉ 1. Riesgo Social |

Observaciones:

24. Funcionalidad de la familia (Apgar familiar) | ○ 0 a 3 puntos. Disfunción familiar | ○ 4 a 6 puntos. Funcionalidad moderada | ◉ 4 a 6 puntos. Alta Funcionalidad

25. En la familia se identifica un cuidador principal de niños, niñas, persona con discapacidad, adulto mayor o enfermedad? | ○ SI | ○ NO

26. Si la respuesta anterior es SI aplicar escala ZARIT y registre aquí el resultado -puntaje para determinar si se requiere intervención individual o familiar | ○ 1. Ausencia de sobrecarga (≤ 46) | ○ 2. Sobrecarga ligera (47-55) | ○ 3. Sobrecarga intensa (≥ 56)

27. Interrelaciones de la familia con el contexto socio cultural (diligenciar ECOMAPA) | ○ 1. Positivo | ○ 2. Tenue | ○ 3. Estresante | ○ 4. Energía Fluye | ○ 5. Intenso

## 2.2. Situaciones o condiciones de especial protección de la familia y sus integrantes

28. Familia con niñas, niños y adolescentes | ◉ SI | ○ NO

29. Gestante en la familia | ○ SI | ◉ NO

30. Familia con personas adultos mayores | ○ SI | ◉ NO

31. Familia víctima del conflicto armado | ◉ SI | ○ NO

32. Familia que convive con personas con discapacidad | ○ SI | ◉ NO

33. Familia que convive con personas que presentan alguna enfermedad crónica, huérfana o en estado terminal | ○ SI | ◉ NO

34. Familia que convive con persona que presentan alguna enfermedad transmisible | ○ 1. TB | ○ 2. Lepra | ○ 3. Escabiosos, enfermedades infecciosas de la piel u otras | ○ 4. Malaria | ○ 5. Dengue | ○ 6. Chagas | ○ 7. Hepatitis A | ○ 8. Alguna enfermedad inmunoprevenible ( varicela- parotiditis, otra) | ○ 9. Otras | ◉ 10. Ninguna

35. Familia con vivencia de sucesos vitales normativos y no normativos ( Eventos significativos que inciden de manera positiva o negativa en la persona y familia por ejemplo: Ingreso de niños estudiar, muerte familiar, accidente que genera discapacidad, separación pareja, entre otros) | ◉ SI | ○ NO

36. Familia en situación de vulnerabilidad social (Consumo de SPA - Alcohol, explotación sexual, trabajo infantil, conflictos interpersonales, violencia intrafamiliar, trastorno mental, entre otras) | ○ SI | ◉ NO

37. Familias con prácticas de cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado en la salud (Hábitos alimentarios, situaciones de abandono) | ◉ SI | ○ NO

38. Familia con integrantes con antecedentes de Ca, HTA, Diabetes, Asma, Enfermedad cardiaca, otra | ◉ SI | ○ NO

38.2 Si la respuesta es si indique cuales | HTA

38.3 Recibe tratamiento | ○ SI | ◉ NO

39. Cómo obtiene sus alimentos | ○ 1. Cultiva | ○ 2. Cría de animales | ○ 3. Cacería | ○ 4. Recolección de alimentos | ○ 5. Trueque o intercambio | ◉ 6. Compra | ○ 7. Asistencia del Estado | ○ 8. Ayuda humanitaria | ○ 9. Otra

39.2 Cuál?

## 2.3. Prácticas o condiciones protectoras para el cuidado de la salud predominantes en la familia

40. Hábitos de vida saludable adaptado a las condiciones contextuales y culturales de la familia y sus integrantes. | ◉ SI | ○ NO

41. Recursos socioemocionales que potencian el cuidado de la salud de la familia | ◉ SI | ○ NO

42. Prácticas para el cuidado y protección de los entornos | ◉ SI | ○ NO

43. Prácticas de favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas | ◉ SI | ○ NO

44. Recursos sociales y comunitarios para el establecimiento de redes colectivas para la promoción de la salud. | ○ SI | ◉ NO

45. Prácticas para la conservación de la autonomía y la capacidad funcional de las personas mayores. | ○ SI | ◉ NO

46. Prácticas para la prevención de enfermedades en todas las edades. | ◉ SI | ○ NO

47. Prácticas de cuidado desde los saberes ancestrales/tradicionales (aplica para poblaciones y comunidades indígenas, negras afrocolombianas, raizales, palenqueras y rom) | ○ SI | ◉ NO

48. Capacidades de las familias para el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud | ◉ SI | ○ NO

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| 49. Primer Nombre | Rainit | 50. Segundo Nombre | maria |
| 51. Primer Apellido | POLO | 52. Segundo Apellido | angarita |
| 53. Tipo de identificación | CC | 54. Número de identificación | 42404738 |
| 55. Fecha de nacimiento (AAA MM DD) | 1968 07 05 | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 56. Sexo | ○ 1. Hombre | ● 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | 57. Rol dentro de la familia | ● 1. Jefe(a) de familia | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | ○ 3. Hijo(a) |
| ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro | Cuál | | | | |

| | |
|---|---|
| 58. Ocupación | Ama de casa |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 59. Nivel Educativo | Moreno | 60. Régimen de afiliación | ● 1. Subsidiado ○ 2. Contributivo ○ 3. Especial ○ 4. Excepción ○ 5. No afiliado |
| 61. EAPB | capacopi | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 62. Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ● 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ● 6. Víctimas de violencia | ○ 7. Ninguna | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 63. Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | 64. Comunidad o pueblo indígena |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ● 7. Ninguna | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 65. Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ● 9. Ninguna | |

| | | |
|---|---|---|
| 66. El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ● NO |

### 3.2. Situaciones o condiciones de salud

| | | |
|---|---|---|
| 67. Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ● NO |

| | | |
|---|---|---|
| 68. Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud | ● 1. Valoración Integral para la PYMS | |
| ● 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | ○ 4. Aplicación de flúor |
| ● 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo |
| ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ● 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ● 13. Tamizaje para ITS |
| ● 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino | ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata |
| ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto | ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales |
| ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad | ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio |
| ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido | ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ○ 25. Educación para la salud |
| ○ 26. Ninguna | | |

| | | |
|---|---|---|
| 69. Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud | ● 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | |
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | ○ 7. Persona enferma |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador |
| ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 12. No afiliado | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 70. ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ● NO | 71. Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ● NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 72. Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) | | 73. Es menor de 5 años? | ○ SI ● NO |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 74. Resultado de toma de medidas antropométricas | 74.1 Peso (en Kilogramos) | 69.3 Kg | 74.2 Talla (en centímetros) | 165 cm |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 75. Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla | ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | | |

| | |
|---|---|
| 76. Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perímetro Braquial | |

| | | |
|---|---|---|
| 77. Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda | | |
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara | |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen | |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento | |

| | | |
|---|---|---|
| 78. ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI | ● NO |
| 78.2 Cuáles | | |

| | | |
|---|---|---|
| 79. ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ● NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 80. Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención | | | |
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros | |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 81. Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional? | | | |
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ● No aplica |

## 4. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

### 4.1. Características y condiciones del entorno y de la vivienda

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **82.** Tipo de vivienda | ● 1. Casa | ○ 2. Casa Indígena | ○ 3. Carpa | ○ 4. Apartamento | ○ 5. Pieza/ Cuarto en Inquilinato | ○ 6. Contenedor |
| ○ 7. Embarcación | ○ 8. Vagón | ○ 9. Refugio Natural | ○ 10. Cueva | ○ 11. Puente | ○ 12. Otro | **85.2** ¿Cuál? |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **83.** ¿Cuál es el material predominante de las paredes? | ● 1. Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida | ○ 2. Tapia pisada, adobe | ○ 3. Bahareque |
| ○ 4. Material prefabricado | ○ 5. Madera burda, tabla, tablón | ○ 6. Guadua, casa, esterilla, otro vegetal | ○ 7. Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico |
| ○ 8. Sin paredes | ○ 9. Otro | **83.2** ¿Cuál? | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **84.** ¿Cuál es el material predominante del piso de la vivienda? | ○ 1. Alfombra o tapete, mármol, parque, madera pulida y lacada | ○ 2. Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo | | | |
| ● 3. Cemento, gravilla | ○ 4. Madera burda, madera en mal estado, tabla, tablón | ○ 5. Tierra o arena | ○ 6. Otro | **84.2** ¿Cuál? | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **85.** ¿Cuál es el material predominante del techo? | ○ 1. Concreto | ○ 2. Tejas de barro | ○ 3. Fibrocemento | ● 4. Zinc | ○ 5. Palma o paja |
| ○ 6. Plástico | ○ 7. Desechos (cartón, lata, tela, sacos, etc) | ○ 8. Otro | **85.2** ¿Cuál? | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **86.** ¿De cuántos cuartos o piezas dormitorio dispone esta vivienda? | | **87.** Hacinamiento | ○ SI ○ NO |

| | | |
|---|---|---|
| **88.** Se identifican algunos de los siguientes escenarios de riesgo de accidente en la vivienda | | |
| ○ 1. Objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños | ○ 2. Sustancias químicas al alcance de los niños | ○ 3. Medicamentos al alcance de los niños |
| ○ 4. Velas, velones, incienso encendidos en la vivienda | ○ 5. Conexiones eléctricas en mal estado o sobrecargadas | |
| ○ 6. Botones, canicas entre otros objetos pequeños o con piezas que puedan desmontarse, al alcance de los niños | ○ 7. Pasillos obstruidos con juguetes, sillas u otros objetos | |
| ● 8. Superficies resbaladizas, suelos con agua, grasas, aceites, entre otros | ○ 9. Tanques o recipientes de almacenamiento de agua sin tapa | ○ 10. Escaleras sin protección |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **89.** Desde la vivienda se puede acceder fácilmente a: | ● 1. Medios de transporte (Buses, autos, camiones, lanchas, etc) | | | |
| ○ 2. Parques, y áreas deportivas. Centros sociales y/o recreacionales | ○ 3. Instituciones educativas | ○ 4. Servicios de salud | ○ 5. Ninguna | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **90.** ¿Cuál fuente de energía o combustible que se usa para cocinar? | | | | |
| ○ 1. Electricidad | ○ 2. Gas natural | ● 3. Gas Liquado del petroleo (gas propano) | ○ 4. Leña, madera o carbón de leña | ○ 5. Petróleo, gasolina, kerosén, alcohol |
| ○ 6. Carbón mineral | ○ 7. Materiales de desecho | ○ 8. Otro | **90.2** ¿Cuál? | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **91.** ¿Se observa cerca de la vivienda o dentro de ella s criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? | ○ SI<br>● NO | **91.2** Cuál(es)? | |

### 4.2. Oficios u ocupaciones que se desarrollan en la vivienda o su entorno inmediato (peridomicilio)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **92.** Observe si cerca de la vivienda hay alguno de los siguientes: | | | | |
| ○ 1. Cultivos | ○ 2. Apriscos | ○ 3. Porquerizas | ○ 4. Galpones | ○ 5. Terrenos baldíos |
| ○ 6. Presencia de Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, et | ○ 7. Ruido o sonidos desagradables | | ○ 8. Malos olores | |
| ○ 9. Sitios satélites de disposición de excretas | ○ 10. Rellenos sanitarios/botaderos | | | |
| ○ 11. Industrias Contaminantes (del sector energético, minero, transporte, construcción, manufacturera, entre otros) | | | | |
| ○ 12. Contaminación visual | ● 13. Río o quebrada | ○ 14. Planta de tratamiento de agua residual | ○ 15. Extracción minera | |
| ○ 16. Canales de agua lluvia | ○ 17. Vías de tráfico vehícular | ○ 18. Quemas a cielo abierto | ○ 19. Otro | |
| **92.2** Especifique | | | | |

| | |
|---|---|
| **93.** ¿Al interior de la vivienda se realiza alguna actividad económica? | ● SI<br>○ NO |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **94.** Señale los animales que conviven con la familia dentro de la vivienda o en su entorno inmediato, e indique cuantos son: | | | | | |
| ● 1. Perros | ○ 2. Gato | ○ 3. Porcinos | ○ 4. Bóvidos: Búfalos, vacas, toros | ○ 5. Equidos: Asnos, mulas, caballos, burros | |
| ○ 6. Ovinos / caprino | ○ 7. Aves de producción | ● 8. Aves ornamentales | ○ 9. Peces ornamentales, hamster | ○ 10. Cobayos, conejos | |
| ○ 11. Animales silvestres | ○ 11. Otro | **94.2** Cuál? | gallinas | **94.3** Registrar Cantidad | 9. |

## 4.3. Agua y saneamiento básico

**95.** ¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua para consumo humano en la vivienda?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Acueducto administrado por empresa prestadora (ESP) | ○ 2. Agua embotellada o en bolsa | ● 3. Acueducto veredal o comunitario | ○ 4. Pila pública |
| ○ 5. Carro tanque | ○ 6. Abasto con distribución comunitaria | ○ 7. Pozo con bomba | ○ 8. Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno | ○ 9. Laguna o jagüey |
| ○ 10. Río, quebrada, manantial o nacimiento | ○ 11. Aguas lluvias | ○ 12. Aguatero | ○ 13. Otro | **95.2** Cuál |

**96.** ¿Cuál es el sistema de disposición de excretas en la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ● 1. Sanitario conectado al alcantarillado | ○ 2. Sanitario y letrina | ○ 3. Sanitario conectado a pozo séptico | ○ 4. Sanitario ecológico seco | |
| ○ 5. Sanitario sin conexión | ○ 6. Sanitario con disposición a fuente hídrica | ○ 7. Campo abierto | ○ 8. Otro | **96.2** Cuál? |

**97.** ¿Cuál es el sistema de disposición de aguas residuales domésticas en la vivienda?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ● 1. Alcantarillado | ○ 2. Pozo séptico | ○ 3. Campo de oxidación | ○ 4. Biofiltro | ○ 5. Fuente hídrica | ○ 6. Campo abierto |
| ○ 7. Otro | **97.2** Cuál? | | | | |

**98.** ¿Como se realiza la disposición final de los residuos sólidos ordinarios de la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Recolección por parte del servicio de aseo distrital o municipal | | ○ 2. Enterramiento | | ○ 3. Quema a campo abierto |
| ○ 4. Disposición en fuentes de agua cercana | ● 5. Disposición a campo abierto | ○ 6. Otro | **98.2** Cuál? | |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

# Ministerio de Salud y Protección Social

## Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

#### 1.1. Datos generales del escenario del entorno que se caracteriza

1. Departamento: Cesar
2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia:
3. Municipio / Área no municipalizada: 20045 Becerril
4. Territorio: ID: Serial:
5. Microterritorio: ID: Serial:
6. Corregimiento / Centro de poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo Indigena: Corregimiento EEUU 9° 37° 28 N 73° 12 580
7. Dirección: Calle # 3 pueblo Nuevo
8. Geopunto (online-offline) y altitud:
9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia): al lado de la esquina
10. Número de Identificación de la familia:
11. Estrato socieconómico de la vivienda: ○ 1. Bajo-Bajo ● 2. Bajo ○ 3. Medio-Bajo ○ 4. Medio ○ 5. Medio-Alto ○ 6. Alto
12. Número de hogares en la vivienda: 1
13. Número de familias en la vivienda: 1
14. Número de personas en la vivienda: 2

#### 1.2. Identificación del encuestador

15. Número de identificación del Equipo Básico de Salud (EBS):
16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS: 20045 00439 ESE Hospital San Jose
17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización: Michel de León CC 1003238597
18. Perfil de quien realiza la evaluación de necesidades en salud - caracterización: Auxiliar Enfermeria
19. Código de la ficha:
20. Fecha diligencimiento de la ficha:

### 2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

#### 2.1. Estructura y contexto familiar

21. Tipo de familia: ● 1. Nuclear biparental ○ 2. Nuclear monoparental ○ 3. Extenso biparental ○ 4. Extenso monoparental ○ 5. Compuesto biparental ○ 6. Compuesto monoparental ○ 7. Unipersonal
22. Número de personas que conforman la familia: 2
23. Estructura y dinámica familiar (Diligenciamiento Familiograma)

Seleccione el tipo de riesgo identificado: ● 1. Riesgo Biológico ○ 2. Riesgo Psicológico ○ 1. Riesgo Social

Observaciones: la Compañera del Señor tiene Cancer de Seno

24. Funcionalidad de la familia (Apgar familiar) | ○ 0 a 3 puntos. Disfunción familiar | ○ 4 a 6 puntos. Funcionalidad moderada | ● 4 a 6 puntos. Alta Funcionalidad

25. En la familia se identifica un cuidador principal de niños, niñas, persona con discapacidad, adulto mayor o enfermedad? | ○ SI | ● NO

26. Si la respuesta anterior es SI aplicar escala ZARIT y registre aquí el resultado -puntaje para determinar si se requiere intervención individual o familiar | ○ 1. Ausencia de sobrecarga (≤ 46) | ○ 2. Sobrecarga ligera (47-55) | ○ 3. Sobrecarga intensa (≥ 56)

27. Interrelaciones de la familia con el contexto socio cultural (diligenciar ECOMAPA) | ● 1. Positivo | ○ 2. Tenue | ○ 3. Estresante | ○ 4. Energía Fluye | ○ 5. Intenso

## 2.2. Situaciones o condiciones de especial protección de la familia y sus integrantes

28. Familia con niñas, niños y adolescentes | ○ SI | ● NO

29. Gestante en la familia | ○ SI | ○ NO

30. Familia con personas adultos mayores | ● SI | ○ NO

31. Familia víctima del conflicto armado | ○ SI | ○ NO

32. Familia que convive con personas con discapacidad | ○ SI | ● NO

33. Familia que convive con personas que presentan alguna enfermedad crónica, huérfana o en estado terminal | ○ SI | ● NO

34. Familia que convive con persona que presentan alguna enfermedad transmisible | ○ 1. TB | ○ 2. Lepra | ○ 3. Escabiosos, enfermedades infecciosas de la piel u otras | ○ 4. Malaria | ○ 5. Dengue | ○ 6. Chagas | ○ 7. Hepatitis A | ○ 8. Alguna enfermedad inmunoprevenible ( varicela- parotiditis, otra) | ○ 9. Otras | ○ 10. Ninguna

35. Familia con vivencia de sucesos vitales normativos y no normativos ( Eventos significativos que inciden de manera positiva o negativa en la persona y familia por ejemplo: Ingreso de niños estudiar, muerte familiar, accidente que genera discapacidad, separación pareja, entre otros) | ● SI | ○ NO

36. Familia en situación de vulnerabilidad social (Consumo de SPA - Alcohol, explotación sexual, trabajo infantil, conflictos interpersonales, violencia intrafamiliar, trastorno mental, entre otras) | ○ SI | ● NO

37. Familias con prácticas de cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado en la salud (Hábitos alimentarios, situaciones de abandono) | ○ SI | ● NO

38. Familia con integrantes con antecedentes de Ca, HTA, Diabetes, Asma, Enfermedad cardiaca, otra | ● SI | ○ NO

38.2 Si la respuesta es si indique cuales | HTA

38.3 Recibe tratamiento | ○ SI | ● NO

39. Cómo obtiene sus alimentos | ○ 1. Cultiva | ○ 2. Cría de animales | ○ 3. Cacería | ○ 4. Recolección de alimentos | ○ 5. Trueque o intercambio | ● 6. Compra | ○ 7. Asistencia del Estado | ○ 8. Ayuda humanitaria | ○ 9. Otra

39.2 Cuál?

## 2.3. Prácticas o condiciones protectoras para el cuidado de la salud predominantes en la familia

40. Hábitos de vida saludable adaptado a las condiciones contextuales y culturales de la familia y sus integrantes. | ○ SI | ● NO

41. Recursos socioemocionales que potencian el cuidado de la salud de la familia | ○ SI | ● NO

42. Prácticas para el cuidado y protección de los entornos | ○ SI | ● NO

43. Prácticas de favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas | ○ SI | ● NO

44. Recursos sociales y comunitarios para el establecimiento de redes colectivas para la promoción de la salud. | ○ SI | ○ NO

45. Prácticas para la conservación de la autonomía y la capacidad funcional de las personas mayores. | ○ SI | ● NO

46. Prácticas para la prevención de enfermedades en todas las edades. | ● SI | ○ NO

47. Prácticas de cuidado desde los saberes ancestrales/tradicionales (aplica para poblaciones y comunidades indígenas, negras afrocolombianas, raizales, palenqueras y rom) | ○ SI | ● NO

48. Capacidades de las familias para el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud | ● SI | ○ NO

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| 49. Primer Nombre | Ciro | 50. Segundo Nombre | Alfonso |
| 51. Primer Apellido | pacheco | 52. Segundo Apellido | Ascanio |
| 53. Tipo de identificación | CC | 54. Número de identificación | 1966 5333 |
| 55. Fecha de nacimiento (AAA MM DD) | 1962 | 09 | 05 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 56. Sexo | ● 1. Hombre | ○ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | 57. Rol dentro de la familia | ● 1. Jefe(a) de familia | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | ○ 3. Hijo(a) |
| ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro | Cuál | | | | |

| | |
|---|---|
| 58. Ocupación | Campesino |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 59. Nivel Educativo | 1° | 60. Régimen de afiliación | ● 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado |
| 61. EAPB | Nueva E.P.S. | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 62. Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ● 7. Ninguna | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 63. Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | 64. Comunidad o pueblo indígena | | | |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ● 7. Ninguna | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 65. Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ● 9. Ninguna | |

| | | |
|---|---|---|
| 66. El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ● NO |

### 3.2. Situaciones o condiciones de salud

**67.** Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ● NO

**68.** Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud

| | | |
|---|---|---|
| ● 1. Valoración Integral para la PYMS | | |
| ○ 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | ○ 4. Aplicación de flúor |
| ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo |
| ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ○ 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ○ 13. Tamizaje para ITS / ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino |
| ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ● 16. Tamizaje para cáncer de próstata | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto |
| ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad |
| ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido |
| ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ● 25. Educación para la salud | ● 26. Ninguna |

**69.** Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud

| | | |
|---|---|---|
| ● 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | | |
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | ○ 7. Persona enferma |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador / ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura |
| ○ 12. No afiliado | | |

**70.** ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ● NO

**71.** Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ● NO

**72.** Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) |

**73.** Es menor de 5 años? | ○ SI | ○ NO

**74.** Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) | 73 Kilos | **74.2** Talla (en centímetros) | 168 cm

**75.** Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | |

**76.** Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial |

**77.** Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda

| | |
|---|---|
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento |

**78.** ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI | ● NO

**78.2** Cuáles |

**79.** ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ● NO

**80.** Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | |

**81.** Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ● No aplica |

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| 49. Primer Nombre | Cielo | 50. Segundo Nombre | Isabel |
| 51. Primer Apellido | Duran | 52. Segundo Apellido | Cañizares |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Tipo de identificación | CC | 54. Número de identificación | 60414611 | 55. Fecha de nacimiento | AAA 1970 | MM 10 | DD 09 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 56. Sexo | ○ 1. Hombre | 57. Rol dentro de la familia | ○ 1. Jefe(a) de familia | | | | | ● 2. Cónyuge o compañero(a) | |
| ● 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | ○ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro | Cuál | | | |

| | |
|---|---|
| 58. Ocupación | Ama de Casa |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 59. Nivel Educativo | | 60. Régimen de afiliación | ● 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | | 61. EAPB | |
| Ninguno | | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado | | Caja Copi | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 62. Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ● 7. Ninguna |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 63. Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | 64. Comunidad o pueblo indígena |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ● 7. Ninguna | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 65. Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ● 9. Ninguna | |

| | | |
|---|---|---|
| 66. El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ● NO |

### 3.2. Situaciones o condiciones de salud

67. Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación ○ SI ● NO

68. Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Valoración Integral para la PYMS | ○ 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | ○ 4. Aplicación de flúor |
| ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo | ○ 8. Suplementación con micronutrientes |
| ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito | ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ○ 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular |
| ○ 13. Tamizaje para ITS | ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino | ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata |
| ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto | ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad |
| ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido | ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad |
| ● 25. Educación para la salud | ● 26. Ninguna | | |

69. Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| ● 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | ○ 7. Persona enferma | ○ 8. Persona hospitalizada |
| ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 12. No afiliado |

70. ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? ○ SI ● NO

71. Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? ○ SI ● NO

72. Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses)

73. Es menor de 5 años? ○ SI ○ NO

74. Resultado de toma de medidas antropométricas | 74.1 Peso (en Kilogramos) 65 Kg | 74.2 Talla (en centímetros) 169 cm

75. Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | |

76. Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial

77. Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda

| | |
|---|---|
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento |

78. ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. ● SI ○ NO

78.2 Cuáles Diarrea

79. ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? ○ SI ● NO

80. Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención

| | | |
|---|---|---|
| ● 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | |

81. Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ● No aplica |

## 4. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

### 4.1. Características y condiciones del entorno y de la vivienda

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 82. Tipo de vivienda | ● 1. Casa | ○ 2. Casa Indígena | ○ 3. Carpa | ○ 4. Apartamento | ○ 5. Pieza/ Cuarto en Inquilinato | ○ 6. Contenedor |
| ○ 7. Embarcación | ○ 8. Vagón | ○ 9. Refugio Natural | ○ 10. Cueva | ○ 11. Puente | ○ 12. Otro | **85.2** ¿Cuál? |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 83. ¿Cuál es el material predominante de las paredes? | ● 1. Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida | ○ 2. Tapia pisada, adobe | ○ 3. Bahareque |
| ○ 4. Material prefabricado | ○ 5. Madera burda, tabla, tablón | ○ 6. Guadua, casa, esterilla, otro vegetal | ○ 7. Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico |
| ○ 8. Sin paredes | ○ 9. Otro | **83.2** ¿Cuál? | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 84. ¿Cuál es el material predominante del piso de la vivienda? | ○ 1. Alfombra o tapete, mármol, parque, madera pulida y lacada | ○ 2. Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo | | |
| ● 3. Cemento, gravilla | ○ 4. Madera burda, madera en mal estado, tabla, tablón | ○ 5. Tierra o arena | ○ 6. Otro | **84.2** ¿Cuál? |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 85. ¿Cuál es el material predominante del techo? | ○ 1. Concreto | ○ 2. Tejas de barro | ○ 3. Fibrocemento | ● 4. Zinc | ○ 5. Palma o paja |
| ○ 6. Plástico | ○ 7. Desechos (cartón, lata, tela, sacos, etc) | ○ 8. Otro | **85.2** ¿Cuál? | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 86. ¿De cuántos cuartos o piezas dormitorio dispone esta vivienda? | 1 | 87. Hacinamiento | ○ SI | ○ NO |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 88. Se identifican algunos de los siguientes escenarios de riesgo de accidente en la vivienda | | | | |
| ○ 1. Objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños | ○ 2. Sustancias químicas al alcance de los niños | ○ 3. Medicamentos al alcance de los niños | | |
| ○ 4. Velas, velones, incienso encendidos en la vivienda | ○ 5. Conexiones eléctricas en mal estado o sobrecargadas | | | |
| ○ 6. Botones, canicas entre otros objetos pequeños o con piezas que puedan desmontarse, al alcance de los niños | ○ 7. Pasillos obstruidos con juguetes, sillas u otros objetos | | | |
| ● 8. Superficies resbaladizas, suelos con agua, grasas, aceites, entre otros | ○ 9. Tanques o recipientes de almacenamiento de agua sin tapa | ○ 10. Escaleras sin protección | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 89. Desde la vivienda se puede acceder fácilmente a: | ● 1. Medios de transporte (Buses, autos, camiones, lanchas, etc) | | | |
| ● 2. Parques, y áreas deportivas, Centros sociales y/o recreacionales | ○ 3. Instituciones educativas | ○ 4. Servicios de salud | ○ 5. Ninguna | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 90. ¿Cuál fuente de energía o combustible que se usa para cocinar? | | | | |
| ○ 1. Electricidad | ○ 2. Gas natural | ● 3. Gas Liquado del petroleo (gas propano) | ○ 4. Leña, madera o carbón de leña | ○ 5. Petróleo, gasolina, kerosén, alcohol |
| ○ 6. Carbón mineral | ○ 7. Materiales de desecho | ○ 8. Otro | **90.2** ¿Cuál? | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 91. ¿Se observa cerca de la vivienda o dentro de ella s criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? | ○ SI<br>● NO | **91.2** Cuál(es)? | |

### 4.2. Oficios u ocupaciones que se desarrollan en la vivienda o su entorno inmediato (peridomicilio)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 92. Observe si cerca de la vivienda hay alguno de los siguientes: | | | | |
| ● 1. Cultivos | ○ 2. Apriscos | ○ 3. Porquerizas | ● 4. Galpones | ● 5. Terrenos baldíos |
| ○ 6. Presencia de Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, et | ○ 7. Ruido o sonidos desagradables | ○ 8. Malos olores | | |
| ○ 9. Sitios satélites de disposición de excretas | ○ 10. Rellenos sanitarios/botaderos | | | |
| ○ 11. Industrias Contaminantes (del sector energético, minero, transporte, construcción, manufacturera, entre otros) | | | | |
| ○ 12. Contaminación visual | ○ 13. Río o quebrada | ○ 14. Planta de tratamiento de agua residual | ○ 15. Extracción minera | |
| ○ 16. Canales de agua lluvia | ○ 17. Vías de tráfico vehícular | ● 18. Quemas a cielo abierto | ○ 19. Otro | |
| **92.2** Especifique | | | | |

| | |
|---|---|
| 93. ¿Al interior de la vivienda se realiza alguna actividad económica? | ○ SI<br>● NO |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 94. Señale los animales que conviven con la familia dentro de la vivienda o en su entorno inmediato, e indique cuantos son: | | | | |
| ○ 1. Perros | ● 2. Gato | ○ 3. Porcinos | ○ 4. Bóvidos: Búfalos, vacas, toros | ○ 5. Equidos: Asnos, mulas, caballos, burros |
| ○ 6. Ovinos / caprino | ● 7. Aves de producción | ○ 8. Aves ornamentales | ○ 9. Peces ornamentales, hamster | ○ 10. Cobayos, conejos |
| ○ 11. Animales silvestres | ○ 11. Otro | **94.2** Cuál? | | **94.3** Registrar Cantidad |

### 4.3. Agua y saneamiento básico

**95.** ¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua para consumo humano en la vivienda?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ● 1. Acueducto administrado por empresa prestadora (ESP) | ○ 2. Agua embotellada o en bolsa | ● 3. Acueducto veredal o comunitario | ○ 4. Pila pública |
| ○ 5. Carro tanque | ○ 6. Abasto con distribución comunitaria | ○ 7. Pozo con bomba | ○ 8. Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno | ○ 9. Laguna o jagüey |
| ○ 10. Río, quebrada, manantial o nacimiento | ○ 11. Aguas lluvias | ○ 12. Aguatero | ○ 13. Otro | **95.2** Cuál |

**96.** ¿Cuál es el sistema de disposición de excretas en la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ● 1. Sanitario conectado al alcantarillado | ○ 2. Sanitario y letrina | ○ 3. Sanitario conectado a pozo séptico | ○ 4. Sanitario ecológico seco | |
| ○ 5. Sanitario sin conexión | ○ 6. Sanitario con disposición a fuente hídrica | ○ 7. Campo abierto | ○ 8. Otro | **96.2** Cuál? |

**97.** ¿Cuál es el sistema de disposición de aguas residuales domésticas en la vivienda?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ● 1. Alcantarillado | ○ 2. Pozo séptico | ○ 3. Campo de oxidación | ○ 4. Biofiltro | ○ 5. Fuente hídrica | ○ 6. Campo abierto |
| ○ 7. Otro | **97.2** Cuál? | | | | |

**98.** ¿Como se realiza la disposición final de los residuos sólidos ordinarios de la vivienda?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Recolección por parte del servicio de aseo distrital o municipal | ○ 2. Enterramiento | ● 3. Quema a campo abierto | |
| ○ 4. Disposición en fuentes de agua cercana | ○ 5. Disposición a campo abierto | ○ 6. Otro | **98.2** Cuál? |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

# Ministerio de Salud y Protección Social
## Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

### 1.1. Datos generales del escenario del entorno que se caracteriza

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Departamento | Cesar | 2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia | |
| 3. Municipio / Área no municipalizada | | | |
| 4. Territorio | | ID: | Serial: |
| 5. Microterritorio | | ID: | Serial: |
| 6. Corregimiento / Centro de poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo Indigena | | | |
| Estados Unidos | | | |
| 7. Dirección | Pueblo viejo calle 1 | 8. Geopunto (online-offline) y altitud | 240 |
| 9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia) | | | |
| Diagonal a un punto de desgranale de maiz | | | |
| 10. Número de Identificación de la familia | | 11. Estrato socieconómico de la vivienda | ○ 1. Bajo-Bajo |
| ○ 2. Bajo | ○ 3. Medio-Bajo | ○ 4. Medio | ○ 5. Medio-Alto ○ 6. Alto |
| 12. Número de hogares en la vivienda | 1 | 13. Número de familias en la vivienda | 1 |
| 14. Número de personas en la vivienda | 2 | | |

### 1.2. Identificación del encuestador

| | |
|---|---|
| 15. Número de identificación del Equipo Básico de Salud (EBS) | |
| 16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS | 2004502439 - ESE Hospital San Jose |
| 17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización | Michel de leon |
| 18. Perfil de quien realiza la evaluación de necesidades en salud - caracterización | Aux de enfermeria |
| 19. Código de la ficha | 20. Fecha diligencimiento de la ficha |

## 2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

### 2.1. Estructura y contexto familiar

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21. Tipo de familia | ● 1. Nuclear biparental | ○ 2. Nuclear monoparental | ○ 3. Extenso biparental |
| ○ 4. Extenso monoparental | ○ 5. Compuesto biparental | ○ 6. Compuesto monoparental | ○ 7. Unipersonal |
| 22. Número de personas que conforman la familia | 2 | 23. Estructura y dinámica familiar (Diligenciamiento Familiograma) | |
| Seleccione el tipo de riesgo identificado | ○ 1. Riesgo Biológico | ● 2. Riesgo Psicológico | ○ 1. Riesgo Social |

9° 37' 27'' N 73° 12' 41.40

Observaciones: Familiar nuclear con buena comunicación

24. Funcionalidad de la familia (Apgar familiar) | ○ 0 a 3 puntos. Disfunción familiar | ○ 4 a 6 puntos. Funcionalidad moderada | ● 4 a 6 puntos. Alta Funcionalidad

25. En la familia se identifica un cuidador principal de niños, niñas, persona con discapacidad, adulto mayor o enfermedad? | ○ SI | ● NO

26. Si la respuesta anterior es SI aplicar escala ZARIT y registre aquí el resultado -puntaje para determinar si se requiere intervención individual o familiar | ○ 1. Ausencia de sobrecarga (≤ 46) | ○ 2. Sobrecarga ligera (47-55) | ○ 3. Sobrecarga intensa (≥ 56)

27. Interrelaciones de la familia con el contexto socio cultural (diligenciar ECOMAPA) | ● 1. Positivo | ○ 2. Tenue | ○ 3. Estresante | ○ 4. Energía Fluye | ○ 5. Intenso

## 2.2. Situaciones o condiciones de especial protección de la familia y sus integrantes

28. Familia con niñas, niños y adolescentes | ○ SI | ● NO

29. Gestante en la familia | ○ SI | ● NO

30. Familia con personas adultos mayores | ● SI | ○ NO

31. Familia víctima del conflicto armado | ○ SI | ● NO

32. Familia que convive con personas con discapacidad | ○ SI | ● NO

33. Familia que convive con personas que presentan alguna enfermedad crónica, huérfana o en estado terminal | ○ SI | ● NO

34. Familia que convive con persona que presentan alguna enfermedad transmisible | ○ 1. TB | ○ 2. Lepra | ○ 3. Escabiosos, enfermedades infecciosas de la piel u otras | ○ 4. Malaria | ○ 5. Dengue | ○ 6. Chagas | ○ 7. Hepatitis A | ○ 8. Alguna enfermedad inmunoprevenible ( varicela- parotiditis, otra) | ○ 9. Otras | ● 10. Ninguna

35. Familia con vivencia de sucesos vitales normativos y no normativos ( Eventos significativos que inciden de manera positiva o negativa en la persona y familia por ejemplo: Ingreso de niños estudiar, muerte familiar, accidente que genera discapacidad, separación pareja, entre otros) | ○ SI | ● NO

36. Familia en situación de vulnerabilidad social (Consumo de SPA - Alcohol, explotación sexual, trabajo infantil, conflictos interpersonales, violencia intrafamiliar, trastorno mental, entre otras) | ○ SI | ● NO

37. Familias con prácticas de cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado en la salud (Hábitos alimentarios, situaciones de abandono) | ○ SI | ● NO

38. Familia con integrantes con antecedentes de Ca, HTA, Diabetes, Asma, Enfermedad cardiaca, otra | ● SI | ○ NO

38.2 Si la respuesta es si indique cuales | HTA

38.3 Recibe tratamiento | ○ SI | ○ NO

39. Cómo obtiene sus alimentos | ● 1. Cultiva | ○ 2. Cría de animales | ○ 3. Cacería | ○ 4. Recolección de alimentos | ○ 5. Trueque o intercambio | ○ 6. Compra | ○ 7. Asistencia del Estado | ○ 8. Ayuda humanitaria | ○ 9. Otra | 39.2 Cuál?

## 2.3. Prácticas o condiciones protectoras para el cuidado de la salud predominantes en la familia

40. Hábitos de vida saludable adaptado a las condiciones contextuales y culturales de la familia y sus integrantes. | ● SI | ○ NO

41. Recursos socioemocionales que potencian el cuidado de la salud de la familia | ● SI | ○ NO

42. Prácticas para el cuidado y protección de los entornos | ● SI | ○ NO

43. Prácticas de favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas | ● SI | ○ NO

44. Recursos sociales y comunitarios para el establecimiento de redes colectivas para la promoción de la salud. | ● SI | ○ NO

45. Prácticas para la conservación de la autonomía y la capacidad funcional de las personas mayores. | ● SI | ○ NO

46. Prácticas para la prevención de enfermedades en todas las edades. | ○ SI | ○ NO

47. Prácticas de cuidado desde los saberes ancestrales/tradicionales (aplica para poblaciones y comunidades indígenas, negras afrocolombianas, raizales, palenqueras y rom) | ○ SI | ● NO

48. Capacidades de las familias para el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud | ○ SI | ● NO

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| 49. Primer Nombre | Clementina | 50. Segundo Nombre | Modesta |
| 51. Primer Apellido | Vega | 52. Segundo Apellido | Gomez |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Tipo de identificación | C.C | 54. Número de identificación | 39097648 | 55. Fecha de nacimiento | AAA 1959 | MM 07 | DD 16 | | |
| 56. Sexo | ○ 1. Hombre | ○ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | 57. Rol dentro de la familia | ○ 1. Jefe(a) de familia | ● 2. Cónyuge o compañero(a) | ○ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro | Cuál |

| | |
|---|---|
| 58. Ocupación | Ama de casa |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 59. Nivel Educativo | No estudio | 60. Régimen de afiliación | ● 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado |
| 61. EAPB | Nueva EPS | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 62. Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ● 3. Personas adulta mayor | |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ○ 7. Ninguna | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 63. Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | 64. Comunidad o pueblo indígena | |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ● 7. Ninguna | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 65. Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ● 9. Ninguna | |

| | | |
|---|---|---|
| 66. El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ● NO |

### 3.2. Situaciones o condiciones de salud

| | | |
|---|---|---|
| 67. Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ● NO |

| | | |
|---|---|---|
| 68. Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud | ○ 1. Valoración Integral para la PYMS | |
| ○ 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | ● 4. Aplicación de flúor |
| ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo |
| ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ● 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ● 13. Tamizaje para ITS |
| ● 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino | ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata |
| ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto | ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales |
| ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad | ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio |
| ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido | ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ○ 25. Educación para la salud |
| ○ 26. Ninguna | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 69. Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud | ● 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | | |
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | ○ 7. Persona enferma | |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura |
| ○ 12. No afiliado | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 70. ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ● NO | 71. Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ● NO |
| 72. Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) | | | 73. Es menor de 5 años? | ○ SI | ● NO |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 74. Resultado de toma de medidas antropométricas | 74.1 Peso (en Kilogramos) | 72 KG | 74.2 Talla (en centímetros) | 169 CM |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 75. Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla | ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla | |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | | | |

| | |
|---|---|
| 76. Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial | |

| | | |
|---|---|---|
| 77. Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda | | |
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara | |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen | |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento | |

| | | |
|---|---|---|
| 78. ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI | ● NO |
| 78.2 Cuáles | | |

| | | |
|---|---|---|
| 79. ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ○ NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 80. Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención | | | |
| ● 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros | |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 81. Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional? | | | |
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ● No aplica |

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| **49.** Primer Nombre | Octavio | **50.** Segundo Nombre | Jose |
| **51.** Primer Apellido | Castillo | **52.** Segundo Apellido | Arias |
| **53.** Tipo de identificación | C.C | **54.** Número de identificación | 1591659 |
| **55.** Fecha de nacimiento (AAA MM DD) | 1954 | 08 | 08 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **56.** Sexo | (X) 1. Hombre | ○ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | **57.** Rol dentro de la familia | ○ 1. Jefe(a) de familia | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | ○ 3. Hijo(a) ○ 4. Hermano(a) ○ 5. Padre o madre ○ 6. Otro Cuál |

| | |
|---|---|
| **58.** Ocupación | Agricultor |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **59.** Nivel Educativo | No estudio | **60.** Régimen de afiliación | (●) 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | ○ 3. Especial ○ 4. Excepción ○ 5. No afiliado | **61.** EAPB: Nueva EPS |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **62.** Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | ○ 4. Persona con condición de discapacidad ○ 5. Personas con orientación sexual diversa ○ 6. Víctimas de violencia (●) 7. Ninguna |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **63.** Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | ○ 4. Palenquero ○ 5. Negro, Mulato, Afro ○ 6. Otra | (●) 7. Ninguna |
| **64.** Comunidad o pueblo indígena | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **65.** Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | ○ 5. Intelectual ○ 6. Psicosocial (mental) ○ 7. Múltiple ○ 8. Otra (●) 9. Ninguna |

| | | |
|---|---|---|
| **66.** El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | (●) NO |

### 3.2. Situaciones o condiciones de salud

67. Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ● NO

68. Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | ● 1. Valoración Integral para la PYMS | |
| ○ 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | ○ 4. Aplicación de flúor | |
| ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | ○ 7. Fortificación *casera con micronutrientes* en polvo | |
| ○ 8. Suplementación *con micronutrientes* | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito | |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ● 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ○ 13. Tamizaje para ITS | ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino |
| ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto | |
| ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad | |
| ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido | |
| ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ○ 25. *Educación para la salud* | ○ 26. Ninguna | |

69. Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | ● 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | |
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | ○ 7. Persona enferma | |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura |
| ○ 12. No afiliado | | | |

70. ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ● NO

71. Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ● NO

72. Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses)

73. Es menor de 5 años? | ○ SI | ● NO

74. Resultado de toma de medidas antropométricas | 74.1 Peso (en Kilogramos) 72 kg | 74.2 Talla (en centímetros) 170 cm

75. Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. *Riesgo de Sobrepeso* | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla | |
| ○ 5. *Riesgo de Desnutrición Aguda* | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | | |

76. Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial

77. Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda

| | |
|---|---|
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento |

78. ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias. accidente casero. familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI | ● NO

78.2 Cuáles

79. ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ○ NO

80. Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de *salud* | ○ 2. *Horarios de atención restringidos* | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | |

81. Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ● No aplica |

## 4. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

### 4.1. Características y condiciones del entorno y de la vivienda

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **82.** Tipo de vivienda | ● 1. Casa | ○ 2. Casa Indígena | ○ 3. Carpa | ○ 4. Apartamento | ○ 5. Pieza/ Cuarto en Inquilinato | ○ 6. Contenedor |
| ○ 7. Embarcación | ○ 8. Vagón | ○ 9. Refugio Natural | ○ 10. Cueva | ○ 11. Puente | ○ 12. Otro | **85.2** ¿Cuál? |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **83.** ¿Cuál es el material predominante de las paredes? | ○ 1. Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida | ○ 2. Tapia pisada, adobe | ○ 3. Bahareque |
| ○ 4. Material prefabricado | ● 5. Madera burda, tabla, tablón | ○ 6. Guadua, casa, esterilla, otro vegetal | ○ 7. Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico |
| ○ 8. Sin paredes | ○ 9. Otro | **83.2** ¿Cuál? | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **84.** ¿Cuál es el material predominante del piso de la vivienda? | ○ 1. Alfombra o tapete, mármol, parque, madera pulida y lacada | ○ 2. Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo | | | |
| ● 3. Cemento, gravilla | ○ 4. Madera burda, madera en mal estado, tabla, tablón | ○ 5. Tierra o arena | ○ 6. Otro | **84.2** ¿Cuál? | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **85.** ¿Cuál es el material predominante del techo? | ○ 1. Concreto | ○ 2. Tejas de barro | ○ 3. Fibrocemento | ● 4. Zinc | ○ 5. Palma o paja |
| ○ 6. Plástico | ○ 7. Desechos (cartón, lata, tela, sacos, etc) | ○ 8. Otro | **85.2** ¿Cuál? | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **86.** ¿De cuántos cuartos o piezas dormitorio dispone esta vivienda? | | **87.** Hacinamiento | ○ SI ● NO |

| | | |
|---|---|---|
| **88.** Se identifican algunos de los siguientes escenarios de riesgo de accidente en la vivienda | | |
| ● 1. Objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños | ○ 2. Sustancias químicas al alcance de los niños | ○ 3. Medicamentos al alcance de los niños |
| ○ 4. Velas, velones, incienso encendidos en la vivienda | ○ 5. Conexiones eléctricas en mal estado o sobrecargadas | |
| ○ 6. Botones, canicas entre otros objetos pequeños o con piezas que puedan desmontarse, al alcance de los niños | ○ 7. Pasillos obstruidos con juguetes, sillas u otros objetos | |
| ○ 8. Superficies resbaladizas, suelos con agua, grasas, aceites, entre otros | ○ 9. Tanques o recipientes de almacenamiento de agua sin tapa | ○ 10. Escaleras sin protección |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **89.** Desde la vivienda se puede acceder fácilmente a: | ○ 1. Medios de transporte (Buses, autos, camiones, lanchas, etc) | | | |
| ○ 2. Parques, y áreas deportivas, Centros sociales y/o recreacionales | ○ 3. Instituciones educativas | ○ 4. Servicios de salud | ● 5. Ninguna | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **90.** ¿Cuál fuente de energía o combustible que se usa para cocinar? | | | | |
| ○ 1. Electricidad | ○ 2. Gas natural | ● 3. Gas Liquado del petroleo (gas propano) | ○ 4. Leña, madera o carbón de leña | ○ 5. Petróleo, gasolina, kerosén, alcohol |
| ○ 6. Carbón mineral | ○ 7. Materiales de desecho | ○ 8. Otro | **90.2** ¿Cuál? | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **91.** ¿Se observa cerca de la vivienda o dentro de ella s criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? | ● SI ○ NO | **91.2** Cuál(es)? | criadero de Puercos |

### 4.2. Oficios u ocupaciones que se desarrollan en la vivienda o su entorno inmediato (peridomicilio)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **92.** Observe si cerca de la vivienda hay alguno de los siguientes: | | | | |
| ○ 1. Cultivos | ○ 2. Apriscos | ○ 3. Porquerizas | ○ 4. Galpones | ○ 5. Terrenos baldíos |
| ○ 6. Presencia de Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, et | ● 7. Ruido o sonidos desagradables | | ○ 8. Malos olores | |
| ○ 9. Sitios satélites de disposición de excretas | ○ 10. Rellenos sanitarios/botaderos | | | |
| ○ 11. Industrias Contaminantes (del sector energético, minero, transporte, construcción, manufacturera, entre otros) | | | | |
| ○ 12. Contaminación visual | ○ 13. Río o quebrada | ○ 14. Planta de tratamiento de agua residual | ○ 15. Extracción minera | |
| ○ 16. Canales de agua lluvia | ○ 17. Vías de tráfico vehicular | ○ 18. Quemas a cielo abierto | ○ 19. Otro | |
| 92.2 Especifique | | | | |

| | |
|---|---|
| **93.** ¿Al interior de la vivienda se realiza alguna actividad económica? | ○ SI ○ NO |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **94.** Señale los animales que conviven con la familia dentro de la vivienda o en su entorno inmediato, e indique cuantos son: | | | | | |
| ○ 1. Perros | ○ 2. Gato | ○ 3. Porcinos | ○ 4. Bóvidos: Búfalos, vacas, toros | ○ 5. Equidos: Asnos, mulas, caballos, burros | |
| ○ 6. Ovinos / caprino | ○ 7. Aves de producción | ○ 8. Aves ornamentales | ○ 9. Peces ornamentales, hamster | ○ 10. Cobayos, conejos | |
| ● 11. Animales silvestres | ○ 11. Otro | **94.2** Cuál? | Gallina | **94.3** Registrar Cantidad | 11 |

### 4.3. Agua y saneamiento básico

**95.** ¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua para consumo humano en la vivienda?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Acueducto administrado por empresa prestadora (ESP) | ○ 2. Agua embotellada o en bolsa | ● 3. Acueducto veredal o comunitario | ○ 4. Pila pública |
| ○ 5. Carro tanque | ○ 6. Abasto con distribución comunitaria | ○ 7. Pozo con bomba | ○ 8. Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno | ○ 9. Laguna o jagüey |
| ○ 10. Río, quebrada, manantial o nacimiento | ○ 11. Aguas lluvias | ○ 12. Aguatero | ○ 13. Otro | **95.2** Cuál |

**96.** ¿Cuál es el sistema de disposición de excretas en la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ● 1. Sanitario conectado al alcantarillado | ○ 2. Sanitario y letrina | ○ 3. Sanitario conectado a pozo séptico | ○ 4. Sanitario ecológico seco | |
| ○ 5. Sanitario sin conexión | ○ 6. Sanitario con disposición a fuente hídrica | ○ 7. Campo abierto | ○ 8. Otro | **96.2** Cuál? |

**97.** ¿Cuál es el sistema de disposición de aguas residuales domésticas en la vivienda?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ● 1. Alcantarillado | ○ 2. Pozo séptico | ○ 3. Campo de oxidación | ○ 4. Biofiltro | ○ 5. Fuente hídrica | ○ 6. Campo abierto |
| ○ 7. Otro | **97.2** Cuál? | | | | |

**98.** ¿Como se realiza la disposición final de los residuos sólidos ordinarios de la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Recolección por parte del servicio de aseo distrital o municipal | ○ 2. Enterramiento | ● 3. Quema a campo abierto | | |
| ○ 4. Disposición en fuentes de agua cercana | ○ 5. Disposición a campo abierto | ○ 6. Otro | **98.2** Cuál? | Quema |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

# Ministerio de Salud y Protección Social
## Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

### 1.1. Datos generales del escenario del entorno que se caracteriza

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Departamento | Cesar. | 2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia | |
| 3. Municipio / Área no municipalizada | 20045 - Becerril | | |
| 4. Territorio | | ID: | Serial: |
| 5. Microterritorio | | ID: | Serial: |
| 6. Corregimiento / Centro de poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo Indigena | Estados Unidos. | | |
| 7. Dirección | pueblo Nuevo. | 8. Geopunto (online-offline) y altitud | |
| 9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia) | 9°37°28 N 73°12 580. | | |
| 10. Número de Identificación de la familia | | 11. Estrato socieconómico de la vivienda | ● 1. Bajo-Bajo |

○ 2. Bajo ● 3. Medio-Bajo ○ 4. Medio ○ 5. Medio-Alto ○ 6. Alto

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 12. Número de hogares en la vivienda | 1 | 13. Número de familias en la vivienda | 1 | 14. Número de personas en la vivienda | 2 |

### 1.2. Identificación del encuestador

| | |
|---|---|
| 15. Número de identificación del Equipo Básico de Salud (EBS) | |
| 16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS | 2004502439 Hospital San Jose. |
| 17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización | Michel de leon 1003238597. |
| 18. Perfil de quien realiza la evaluación de necesidades en salud - caracterización | Aux Enfermeria. |
| 19. Código de la ficha | |
| 20. Fecha diligencimiento de la ficha | |

## 2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

### 2.1. Estructura y contexto familiar

21. Tipo de familia

○ 1. Nuclear biparental ○ 2. Nuclear monoparental ○ 3. Extenso biparental

○ 4. Extenso monoparental ○ 5. Compuesto biparental ○ 6. Compuesto monoparental ○ 7. Unipersonal

| | | | |
|---|---|---|---|
| 22. Número de personas que conforman la familia | 2 | 23. Estructura y dinámica familiar (Diligenciamiento Familiograma) | |

Seleccione el tipo de riesgo identificado ○ 1. Riesgo Biológico ● 2. Riesgo Psicológico ○ 1. Riesgo Social

Observaciones:

24. Funcionalidad de la familia (Apgar familiar) | ○ 0 a 3 puntos. Disfunción familiar | ● 4 a 6 puntos. Funcionalidad moderada | ○ 4 a 6 puntos. Alta Funcionalidad

25. En la familia se identifica un cuidador principal de niños, niñas, persona con discapacidad, adulto mayor o enfermedad? | ○ SI | ● NO

26. Si la respuesta anterior es SI aplicar escala ZARIT y registre aquí el resultado -puntaje para determinar si se requiere intervención individual o familiar | ○ 1. Ausencia de sobrecarga (≤ 46) | ○ 2. Sobrecarga ligera (47-55) | ○ 3. Sobrecarga intensa (≥ 56)

27. Interrelaciones de la familia con el contexto socio cultural (diligenciar ECOMAPA) | ○ 1. Positivo | ○ 2. Tenue | ○ 3. Estresante | ● 4. Energía Fluye | ○ 5. Intenso

## 2.2. Situaciones o condiciones de especial protección de la familia y sus integrantes

28. Familia con niñas, niños y adolescentes | ○ SI | ● NO

29. Gestante en la familia | ○ SI | ○ NO

30. Familia con personas adultos mayores | ○ SI | ● NO

31. Familia víctima del conflicto armado | ○ SI | ○ NO

32. Familia que convive con personas con discapacidad | ○ SI | ● NO

33. Familia que convive con personas que presentan alguna enfermedad crónica, huérfana o en estado terminal | ○ SI | ● NO

34. Familia que convive con persona que presentan alguna enfermedad transmisible | ○ 1. TB | ○ 2. Lepra | ○ 3. Escabiosos, enfermedades infecciosas de la piel u otras | ○ 4. Malaria | ○ 5. Dengue | ○ 6. Chagas | ○ 7. Hepatitis A | ○ 8. Alguna enfermedad inmunoprevenible ( varicela- parotiditis, otra) | ○ 9. Otras | ● 10. Ninguna

35. Familia con vivencia de sucesos vitales normativos y no normativos ( Eventos significativos que inciden de manera positiva o negativa en la persona y familia por ejemplo: Ingreso de niños estudiar, muerte familiar, accidente que genera discapacidad, separación pareja, entre otros) | ○ SI | ● NO

36. Familia en situación de vulnerabilidad social (Consumo de SPA - Alcohol, explotación sexual, trabajo infantil, conflictos interpersonales, violencia intrafamiliar, trastorno mental, entre otras) | ○ SI | ● NO

37. Familias con prácticas de cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado en la salud (Hábitos alimentarios, situaciones de abandono) | ○ SI | ● NO

38. Familia con integrantes con antecedentes de Ca, HTA, Diabetes, Asma, Enfermedad cardiaca, otra | ○ SI | ● NO

38.2 Si la respuesta es si indique cuales

38.3 Recibe tratamiento | ○ SI | ○ NO

39. Cómo obtiene sus alimentos | ○ 1. Cultiva | ○ 2. Cría de animales | ○ 3. Cacería | ○ 4. Recolección de alimentos | ○ 5. Trueque o intercambio | ● 6. Compra | ○ 7. Asistencia del Estado | ○ 8. Ayuda humanitaria | ○ 9. Otra

39.2 Cuál?

## 2.3. Prácticas o condiciones protectoras para el cuidado de la salud predominantes en la familia

40. Hábitos de vida saludable adaptado a las condiciones contextuales y culturales de la familia y sus integrantes. | ○ SI | ● NO

41. Recursos socioemocionales que potencian el cuidado de la salud de la familia | ○ SI | ● NO

42. Prácticas para el cuidado y protección de los entornos | ○ SI | ● NO

43. Prácticas de favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas | ○ SI | ● NO

44. Recursos sociales y comunitarios para el establecimiento de redes colectivas para la promoción de la salud. | ○ SI | ● NO

45. Prácticas para la conservación de la autonomía y la capacidad funcional de las personas mayores. | ○ SI | ● NO

46. Prácticas para la prevención de enfermedades en todas las edades. | ○ SI | ● NO

47. Prácticas de cuidado desde los saberes ancestrales/tradicionales (aplica para poblaciones y comunidades indígenas, negras afrocolombianas, raizales, palenqueras y rom) | ○ SI | ● NO

48. Capacidades de las familias para el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud | ○ SI | ● NO

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| 49. Primer Nombre | Yiset | 50. Segundo Nombre | Paola |
| 51. Primer Apellido | Nerio | 52. Segundo Apellido | Gomez |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Tipo de identificación | CC | 54. Número de identificación | 1062958206 | 55. Fecha de nacimiento | AAA 2003 | MM 12 | DD 21 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 56. Sexo | ○ 1. Hombre | ● 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | 57. Rol dentro de la familia | ○ 1. Jefe(a) de familia | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | ○ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro | Cuál |

| | |
|---|---|
| 58. Ocupación | Ama de casa. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 59. Nivel Educativo | Secundaria. | 60. Régimen de afiliación | ● 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado |
| 61. EAPB | Caja COPI | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 62. Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ● 7. Ninguna |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 63. Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ● 7. Ninguna |
| 64. Comunidad o pueblo indígena | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 65. Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ● 9. Ninguna |

| | | |
|---|---|---|
| 66. El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ● NO |

### 3.2. Situaciones o condiciones de salud

| | | |
|---|---|---|
| 67. Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ● NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 68. Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud | | | ● 1. Valoración Integral para la PYMS |
| ● 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | | ○ 4. Aplicación de flúor |
| ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo |
| ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ○ 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ○ 13. Tamizaje para ITS | ● 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino |
| ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto |
| ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ● 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | | ● 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad |
| ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio | | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido |
| ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ○ 25. Educación para la salud | | ○ 26. Ninguna |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 69. Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud | | | ● 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud |
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | | ○ 7. Persona enferma |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura |
| ○ 12. No afiliado | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 70. ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ○ NO | 71. Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? ○ SI ● NO |
| 72. Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) | | | 73. Es menor de 5 años? ○ SI ● NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 74. Resultado de toma de medidas antropométricas | 74.1 Peso (en Kilogramos) | | 74.2 Talla (en centímetros) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 75. Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla | ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | |

| | |
|---|---|
| 76. Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial | |

| | |
|---|---|
| 77. Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda | |
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento |

| | |
|---|---|
| 78. ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ● SI ○ NO |
| 78.2 Cuáles | Hidonefrosis derecha |

| | | |
|---|---|---|
| 79. ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ○ NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 80. Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención | | | |
| ● 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 81. Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional? | | | |
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ● No aplica |

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| 49. Primer Nombre | Jose. | 50. Segundo Nombre | Daniel. |
| 51. Primer Apellido | Ramos. | 52. Segundo Apellido | Carbonel. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Tipo de identificación | CC. | 54. Número de identificación | 1003039134 | 55. Fecha de nacimiento | AAA 2003 | MM 20 | DD 04 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 56. Sexo | ● 1. Hombre | ○ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | 57. Rol dentro de la familia | ● 1. Jefe(a) de familia | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | |
| | | | | ○ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro — Cuál: |

| | |
|---|---|
| 58. Ocupación | Oficios Varios. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 59. Nivel Educativo | primaria. | 60. Régimen de afiliación | ● 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado |
| | | | | | | | 61. EAPB: Nueva EPS. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 62. Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ● 7. Ninguna | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 63. Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | 64. Comunidad o pueblo indígena | |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ● 7. Ninguna | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 65. Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ○ 9. Ninguna | |

| | | |
|---|---|---|
| 66. El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ● NO |

### 3.2. Situaciones o condiciones de salud

67. Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ● NO

68. Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| ● 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 1. Valoración Integral para la PYMS | | |
| ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | ○ 4. Aplicación de flúor | |
| ○ 8. Suplementación *con micronutrientes* | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | ○ 7. *Fortificación casera con micronutrientes* en polvo | |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito | |
| ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ● 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ○ 13. Tamizaje para ITS | ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uteri |
| ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto | |
| ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternid | |
| ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ○ 22. Atención del puerperio | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido | |
| | ○ 25. *Educación para la salud* | ○ 26. Ninguna | |

69. Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ● 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | | |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 3. Largos tiempos de espera | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | ○ 7. Persona enferma | |
| ○ 12. No afiliado | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura |

70. ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ● NO

71. Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ● NO

72. Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses)

73. Es menor de 5 años? | ○ SI | ● NO

74. Resultado de toma de medidas antropométricas | 74.1 Peso (en Kilogramos) | 74.2. Talla (en centímetros)

75. Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. *Riesgo de Sobrepeso* | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla | |
| ○ 5. *Riesgo de Desnutrición Aguda* | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | | |

76. Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perímetro Braquial

77. Se identifican signos físicos de desnutrición aguda

| | |
|---|---|
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento |

78. ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias. accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI | ● NO

78.2 Cuáles

79. ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ● NO

80. Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. *Horarios* de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. *No había disponibilidad de la tecnología* | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | |

81. Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ● No aplica |

## 4. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

### 4.1. Características y condiciones del entorno y de la vivienda

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 82. Tipo de vivienda | (●) 1. Casa | ○ 2. Casa Indígena | ○ 3. Carpa | ○ 4. Apartamento | ○ 5. Pieza/ Cuarto en Inquilinato | ○ 6. Contenedor |
| ○ 7. Embarcación | ○ 8. Vagón | ○ 9. Refugio Natural | ○ 10. Cueva | ○ 11. Puente | ○ 12. Otro | **85.2** ¿Cuál? |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 83. ¿Cuál es el material predominante de las paredes? | ○ 1. Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida | ○ 2. Tapia pisada, adobe | ○ 3. Bahareque | |
| ○ 4. Material prefabricado | (●) 5. Madera burda, tabla, tablón | ○ 6. Guadua, casa, esterilla, otro vegetal | ○ 7. Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico | |
| ○ 8. Sin paredes | ○ 9. Otro | **83.2** ¿Cuál? | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 84. ¿Cuál es el material predominante del piso de la vivienda? | ○ 1. Alfombra o tapete, mármol, parque, madera pulida y lacada | ○ 2. Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo | | |
| ○ 3. Cemento, gravilla | ○ 4. Madera burda, madera en mal estado, tabla, tablón | (●) 5. Tierra o arena | ○ 6. Otro | **84.2** ¿Cuál? |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 85. ¿Cuál es el material predominante del techo? | ○ 1. Concreto | ○ 2. Tejas de barro | ○ 3. Fibrocemento | (●) 4. Zinc | ○ 5. Palma o paja |
| ○ 6. Plástico | ○ 7. Desechos (cartón, lata, tela, sacos, etc) | ○ 8. Otro | **85.2** ¿Cuál? | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 86. ¿De cuántos cuartos o piezas dormitorio dispone esta vivienda? | 1. | 87. Hacinamiento | ○ SI (●) NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 88. Se identifican algunos de los siguientes escenarios de riesgo de accidente en la vivienda | | | |
| (●) 1. Objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños | ○ 2. Sustancias químicas al alcance de los niños | ○ 3. Medicamentos al alcance de los niños | |
| ○ 4. Velas, velones, incienso encendidos en la vivienda | ○ 5. Conexiones eléctricas en mal estado o sobrecargadas | | |
| ○ 6. Botones, canicas entre otros objetos pequeños o con piezas que puedan desmontarse, al alcance de los niños | ○ 7. Pasillos obstruidos con juguetes, sillas u otros objetos | | |
| ○ 8. Superficies resbaladizas, suelos con agua, grasas, aceites, entre otros | ○ 9. Tanques o recipientes de almacenamiento de agua sin tapa | ○ 10. Escaleras sin protección | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 89. Desde la vivienda se puede acceder fácilmente a: | ○ 1. Medios de transporte (Buses, autos, camiones, lanchas, etc) | | | |
| ○ 2. Parques, y áreas deportivas, Centros sociales y/o recreacionales | ○ 3. Instituciones educativas | ○ 4. Servicios de salud | ○ 5. Ninguna | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 90. ¿Cuál fuente de energía o combustible que se usa para cocinar? | | | | |
| ○ 1. Electricidad | ○ 2. Gas natural | ○ 3. Gas Liquado del petroleo (gas propano) | (●) 4. Leña, madera o carbón de leña | ○ 5. Petróleo, gasolina, kerosén, alcohol |
| ○ 6. Carbón mineral | ○ 7. Materiales de desecho | ○ 8. Otro | **90.2** ¿Cuál? | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 91. ¿Se observa cerca de la vivienda o dentro de ella s criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? | (●) SI<br>○ NO | **91.2** Cuál(es)? | Aguas negras. |

### 4.2. Oficios u ocupaciones que se desarrollan en la vivienda o su entorno inmediato (peridomicilio)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 92. Observe si cerca de la vivienda hay alguno de los siguientes: | | | | |
| (●) 1. Cultivos | ○ 2. Apriscos | ○ 3. Porquerizas | ○ 4. Galpones | (●) 5. Terrenos baldíos |
| (●) 6. Presencia de Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, et | ○ 7. Ruido o sonidos desagradables | (●) 8: Malos olores | | |
| ○ 9. Sitios satélites de disposición de excretas | ○ 10. Rellenos sanitarios/botaderos | | | |
| ○ 11. Industrias Contaminantes (del sector energético, minero, transporte, construcción, manufacturera, entre otros) | | | | |
| ○ 12. Contaminación visual | ○ 13. Río o quebrada | ○ 14. Planta de tratamiento de agua residual | ○ 15. Extracción minera | |
| ○ 16. Canales de agua lluvia | ○ 17. Vías de tráfico vehícular | ○ 18. Quemas a cielo abierto | ○ 19. Otro | |
| 92.2 Especifique | | | | |

| | |
|---|---|
| 93. ¿Al interior de la vivienda se realiza alguna actividad económica? | ○ SI<br>(●) NO |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 94. Señale los animales que conviven con la familia dentro de la vivienda o en su entorno inmediato, e indique cuantos son: | | | | | |
| ○ 1. Perros | ○ 2. Gato | ○ 3. Porcinos | ○ 4. Bóvidos: Búfalos, vacas, toros | ○ 5. Equidos: Asnos, mulas, caballos, burros | |
| ○ 6. Ovinos / caprino | ○ 7. Aves de producción | ○ 8. Aves ornamentales | ○ 9. Peces ornamentales, hamster | ○ 10. Cobayos, conejos | |
| ○ 11. Animales silvestres | ○ 11. Otro | **94.2** Cuál? | Ninguna | **94.3** Registrar Cantidad | |

## 4.3. Agua y saneamiento básico

**95.** ¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua para consumo humano en la vivienda?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Acueducto administrado por empresa prestadora (ESP) | ○ 2. Agua embotellada o en bolsa | ● 3. Acueducto veredal o comunitario | ○ 4. Pila pública |
| ○ 5. Carro tanque | ○ 6. Abasto con distribución comunitaria | ○ 7. Pozo con bomba | ○ 8. Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno | ○ 9. Laguna o jagüey |
| ○ 10. Río, quebrada, manantial o nacimiento | ○ 11. Aguas lluvias | ○ 12. Aguatero | ○ 13. Otro | **95.2** Cuál |

**96.** ¿Cuál es el sistema de disposición de excretas en la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Sanitario conectado al alcantarillado | ○ 2. Sanitario y letrina | ○ 3. Sanitario conectado a pozo séptico | ○ 4. Sanitario ecológico seco | |
| ○ 5. Sanitario sin conexión | ○ 6. Sanitario con disposición a fuente hídrica | ● 7. Campo abierto | ○ 8. Otro | **96.2** Cuál? |

**97.** ¿Cuál es el sistema de disposición de aguas residuales domésticas en la vivienda?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Alcantarillado | ○ 2. Pozo séptico | ○ 3. Campo de oxidación | ○ 4. Biofiltro | ○ 5. Fuente hídrica | ● 6. Campo abierto |
| ○ 7. Otro | **97.2** Cuál? | | | | |

**98.** ¿Como se realiza la disposición final de los residuos sólidos ordinarios de la vivienda?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Recolección por parte del servicio de aseo distrital o municipal | ○ 2. Enterramiento | ● 3. Quema a campo abierto | |
| ○ 4. Disposición en fuentes de agua cercana | ○ 5. Disposición a campo abierto | ○ 6. Otro | **98.2** Cuál? |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

# Ministerio de Salud y Protección Social
## Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

### 1.1. Datos generales del escenario del entorno que se caracteriza

1. Departamento: Cesar
2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia:
3. Municipio / Área no municipalizada: 20045 - Becerril
4. Territorio: ID: Serial:
5. Microterritorio: ID: Serial:
6. Corregimiento / Centro de poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo Indigena: Estados Unidos
7. Dirección: Calle #1 Pueblo nuevo
8. Geopunto (online-offline) y altitud: 9°37°28 N 37°12°580
9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia): Salida a la sierra
10. Número de Identificación de la familia:
11. Estrato socieconómico de la vivienda: ○ 1. Bajo-Bajo ○ 2. Bajo ● 3. Medio-Bajo ○ 4. Medio ○ 5. Medio-Alto ○ 6. Alto
12. Número de hogares en la vivienda: 1
13. Número de familias en la vivienda: 1
14. Número de personas en la vivienda: 1

### 1.2. Identificación del encuestador

15. Número de identificación del Equipo Básico de Salud (EBS):
16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS: - Hsj
17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización: Gabriela Mendez 1.065.583.013
18. Perfil de quien realiza la evaluación de necesidades en salud - caracterización: Auxiliar de enfermeria
19. Código de la ficha:
20. Fecha diligencimiento de la ficha: 2024/07/

## 2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

### 2.1. Estructura y contexto familiar

21. Tipo de familia: ○ 1. Nuclear biparental ○ 2. Nuclear monoparental ○ 3. Extenso biparental ○ 4. Extenso monoparental ○ 5. Compuesto biparental ○ 6. Compuesto monoparental ● 7. Unipersonal
22. Número de personas que conforman la familia: 1
23. Estructura y dinámica familiar (Diligenciamiento Familiograma)

Seleccione el tipo de riesgo identificado: ○ 1. Riesgo Biológico ○ 2. Riesgo Psicológico ● 1. Riesgo Social

Observaciones:

24. Funcionalidad de la familia (Apgar familiar) | ○ 0 a 3 puntos. Disfunción familiar | ● 4 a 6 puntos. Funcionalidad moderada | ○ 4 a 6 puntos. Alta Funcionalidad

25. En la familia se identifica un cuidador principal de niños, niñas, persona con discapacidad, adulto mayor o enfermedad? | ○ SI | ● NO

26. Si la respuesta anterior es SI aplicar escala ZARIT y registre aquí el resultado -puntaje para determinar si se requiere intervención individual o familiar | ○ 1. Ausencia de sobrecarga (≤ 46) | ○ 2. Sobrecarga ligera (47-55) | ○ 3. Sobrecarga intensa (≥ 56)

27. Interrelaciones de la familia con el contexto socio cultural (diligenciar ECOMAPA) | ○ 1. Positivo | ○ 2. Tenue | ○ 3. Estresante | ● 4. Energía Fluye | ○ 5. Intenso

## 2.2. Situaciones o condiciones de especial protección de la familia y sus integrantes

28. Familia con niñas, niños y adolescentes | ○ SI | ● NO

29. Gestante en la familia | ○ SI | ● NO

30. Familia con personas adultos mayores | ○ SI | ● NO

31. Familia víctima del conflicto armado | ○ SI | ● NO

32. Familia que convive con personas con discapacidad | ○ SI | ● NO

33. Familia que convive con personas que presentan alguna enfermedad crónica, huérfana o en estado terminal | ○ SI | ● NO

34. Familia que convive con persona que presentan alguna enfermedad transmisible | ○ 1. TB | ○ 2. Lepra | ○ 3. Escabiosos, enfermedades infecciosas de la piel u otras | ○ 4. Malaria | ○ 5. Dengue | ○ 6. Chagas | ○ 7. Hepatitis A | ○ 8. Alguna enfermedad inmunoprevenible ( varicela- parotiditis, otra) | ○ 9. Otras | ● 10. Ninguna

35. Familia con vivencia de sucesos vitales normativos y no normativos ( Eventos significativos que inciden de manera positiva o negativa en la persona y familia por ejemplo: Ingreso de niños estudiar, muerte familiar, accidente que genera discapacidad, separación pareja, entre otros) | ○ SI | ● NO

36. Familia en situación de vulnerabilidad social (Consumo de SPA - Alcohol, explotación sexual, trabajo infantil, conflictos interpersonales, violencia intrafamiliar, trastorno mental, entre otras) | ○ SI | ● NO

37. Familias con prácticas de cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado en la salud (Hábitos alimentarios, situaciones de abandono) | ○ SI | ● NO

38. Familia con integrantes con antecedentes de Ca, HTA, Diabetes, Asma, Enfermedad cardiaca, otra | ○ SI | ● NO

38.2 Si la respuesta es si indique cuales

38.3 Recibe tratamiento | ○ SI | ● NO

39. Cómo obtiene sus alimentos | ○ 1. Cultiva | ○ 2. Cría de animales | ○ 3. Cacería | ○ 4. Recolección de alimentos | ○ 5. Trueque o intercambio | ● 6. Compra | ○ 7. Asistencia del Estado | ○ 8. Ayuda humanitaria | ○ 9. Otra

39.2 Cuál?

## 2.3. Prácticas o condiciones protectoras para el cuidado de la salud predominantes en la familia

40. Hábitos de vida saludable adaptado a las condiciones contextuales y culturales de la familia y sus integrantes. | ○ SI | ● NO

41. Recursos socioemocionales que potencian el cuidado de la salud de la familia | ○ SI | ● NO

42. Prácticas para el cuidado y protección de los entornos | ○ SI | ● NO

43. Prácticas de favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas | ○ SI | ● NO

44. Recursos sociales y comunitarios para el establecimiento de redes colectivas para la promoción de la salud. | ○ SI | ● NO

45. Prácticas para la conservación de la autonomía y la capacidad funcional de las personas mayores. | ○ SI | ● NO

46. Prácticas para la prevención de enfermedades en todas las edades. | ○ SI | ● NO

47. Prácticas de cuidado desde los saberes ancestrales/tradicionales (aplica para poblaciones y comunidades indígenas, negras afrocolombianas, raizales, palenqueras y rom) | ○ SI | ● NO

48. Capacidades de las familias para el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud | ○ SI | ● NO

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| 49. Primer Nombre | Jose | 50. Segundo Nombre | Elvert |
| 51. Primer Apellido | lombana | 52. Segundo Apellido | Gualaco |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Tipo de identificación | CC | 54. Número de identificación | 18956998 | 55. Fecha de nacimiento | AAA 1981 | MM Nov | DD 10 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 56. Sexo | ● 1. Hombre | ○ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | 57. Rol dentro de la familia | ● 1. Jefe(a) de familia | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | ○ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro | Cuál |

| | |
|---|---|
| 58. Ocupación | Comerciante |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 59. Nivel Educativo | Primaria | 60. Régimen de afiliación | ● 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado | 61. EAPB | N.E.P.S |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 62. Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ● 7. Ninguna | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 63. Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | 64. Comunidad o pueblo indígena | |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ● 7. Ninguna | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 65. Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ● 9. Ninguna | |

| | | |
|---|---|---|
| 66. El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ● NO |

### 3.2. Situaciones o condiciones de salud

67. Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ● NO

68. Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Valoración Integral para la PYMS | ● 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna |
| ○ 4. Aplicación de flúor | ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema |
| ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo | ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica |
| ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito | ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ● 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular |
| ● 13. Tamizaje para ITS | ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino | ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama |
| ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto | ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional |
| ⊙ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad | ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo |
| ○ 22. Atención del puerperio | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido | ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad |
| ○ 25. Educación para la salud | ○ 26. Ninguna | |

69. Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud

| | | |
|---|---|---|
| ● 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas |
| ○ 7. Persona enferma | ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad |
| ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 12. No afiliado |

70. ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ● NO

71. Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ● NO

72. Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) |

73. Es menor de 5 años? | ○ SI | ● NO

74. Resultado de toma de medidas antropométricas | 74.1 Peso (en Kilogramos) 70 Kg | 74.2 Talla (en centímetros) 1.57 cm

75. Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | |

76. Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial

77. Se identifican signos físicos de desnutrición aguda

| | |
|---|---|
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento |

78. ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI | ● NO

78.2 Cuáles

79. ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ● NO

80. Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención

| | | |
|---|---|---|
| ● 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | |

81. Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ● No aplica |

## 4. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

### 4.1. Características y condiciones del entorno y de la vivienda

**82.** Tipo de vivienda: ● 1. Casa | ○ 2. Casa Indígena | ○ 3. Carpa | ○ 4. Apartamento | ○ 5. Pieza/ Cuarto en Inquilinato | ○ 6. Contenedor | ○ 7. Embarcación | ○ 8. Vagón | ○ 9. Refugio Natural | ○ 10. Cueva | ○ 11. Puente | ○ 12. Otro | **85.2** ¿Cuál?

**83.** ¿Cuál es el material predominante de las paredes? ● 1. Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida | ○ 2. Tapia pisada, adobe | ○ 3. Bahareque | ○ 4. Material prefabricado | ○ 5. Madera burda, tabla, tablón | ○ 6. Guadua, casa, esterilla, otro vegetal | ○ 7. Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico | ○ 8. Sin paredes | ○ 9. Otro | **83.2** ¿Cuál?

**84.** ¿Cuál es el material predominante del piso de la vivienda? ○ 1. Alfombra o tapete, mármol, parque, madera pulida y lacada | ○ 2. Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo | ● 3. Cemento, gravilla | ○ 4. Madera burda, madera en mal estado, tabla, tablón | ○ 5. Tierra o arena | ○ 6. Otro | **84.2** ¿Cuál?

**85.** ¿Cuál es el material predominante del techo? ○ 1. Concreto | ○ 2. Tejas de barro | ○ 3. Fibrocemento | ● 4. Zinc | ○ 5. Palma o paja | ○ 6. Plástico | ○ 7. Desechos (cartón, lata, tela, sacos, etc) | ○ 8. Otro | **85.2** ¿Cuál?

**86.** ¿De cuántos cuartos o piezas dormitorio dispone esta vivienda? 2

**87.** Hacinamiento: ○ SI | ● NO

**88.** Se identifican algunos de los siguientes escenarios de riesgo de accidente en la vivienda

○ 1. Objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños | ○ 2. Sustancias químicas al alcance de los niños | ○ 3. Medicamentos al alcance de los niños | ○ 4. Velas, velones, incienso encendidos en la vivienda | ○ 5. Conexiones eléctricas en mal estado o sobrecargadas | ○ 6. Botones, canicas entre otros objetos pequeños o con piezas que puedan desmontarse, al alcance de los niños | ○ 7. Pasillos obstruidos con juguetes, sillas u otros objetos | ○ 8. Superficies resbaladizas, suelos con agua, grasas, aceites, entre otros | ○ 9. Tanques o recipientes de almacenamiento de agua sin tapa | ○ 10. Escaleras sin protección

**89.** Desde la vivienda se puede acceder fácilmente a: ○ 1. Medios de transporte (Buses, autos, camiones, lanchas, etc) | ○ 2. Parques, y áreas deportivas, Centros sociales y/o recreacionales | ● 3. Instituciones educativas | ○ 4. Servicios de salud | ○ 5. Ninguna

**90.** ¿Cuál fuente de energía o combustible que se usa para cocinar? ○ 1. Electricidad | ○ 2. Gas natural | ● 3. Gas Liquado del petroleo (gas propano) | ○ 4. Leña, madera o carbón de leña | ○ 5. Petróleo, gasolina, kerosén, alcohol | ○ 6. Carbón mineral | ○ 7. Materiales de desecho | ○ 8. Otro | **90.2** ¿Cuál?

**91.** ¿Se observa cerca de la vivienda o dentro de ella s criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? ○ SI | ● NO

**91.2** Cuál(es)?

### 4.2. Oficios u ocupaciones que se desarrollan en la vivienda o su entorno inmediato (peridomicilio)

**92.** Observe si cerca de la vivienda hay alguno de los siguientes:

● 1. Cultivos | ○ 2. Apriscos | ○ 3. Porquerizas | ○ 4. Galpones | ● 5. Terrenos baldíos | ○ 6. Presencia de Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, et | ○ 7. Ruido o sonidos desagradables | ○ 8. Malos olores | ○ 9. Sitios satélites de disposición de excretas | ○ 10. Rellenos sanitarios/botaderos | ○ 11. Industrias Contaminantes (del sector energético, minero, transporte, construcción, manufacturera, entre otros) | ○ 12. Contaminación visual | ○ 13. Río o quebrada | ○ 14. Planta de tratamiento de agua residual | ○ 15. Extracción minera | ○ 16. Canales de agua lluvia | ● 17. Vías de tráfico vehícular | ○ 18. Quemas a cielo abierto | ○ 19. Otro

**92.2** Especifique

**93.** ¿Al interior de la vivienda se realiza alguna actividad económica? ○ SI | ● NO

**94.** Señale los animales que conviven con la familia dentro de la vivienda o en su entorno inmediato, e indique cuantos son:

○ 1. Perros | ● 2. Gato | ○ 3. Porcinos | ○ 4. Bóvidos: Búfalos, vacas, toros | ○ 5. Equidos: Asnos, mulas, caballos, burros | ○ 6. Ovinos / caprino | ○ 7. Aves de producción | ○ 8. Aves ornamentales | ○ 9. Peces ornamentales, hamster | ○ 10. Cobayos, conejos | ○ 11. Animales silvestres | ○ 11. Otro | **94.2** Cuál? | **94.3** Registrar Cantidad: 1

## 4.3. Agua y saneamiento básico

**95.** ¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua para consumo humano en la vivienda?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Acueducto administrado por empresa prestadora (ESP) | ○ 2. Agua embotellada o en bolsa | ● 3. Acueducto veredal o comunitario | ○ 4. Pila pública |
| ○ 5. Carro tanque | ○ 6. Abasto con distribución comunitaria | ○ 7. Pozo con bomba | ○ 8. Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno | ○ 9. Laguna o jagüey |
| ○ 10. Río, quebrada, manantial o nacimiento | ○ 11. Aguas lluvias | ○ 12. Aguatero | ○ 13. Otro | **95.2** Cuál |

**96.** ¿Cuál es el sistema de disposición de excretas en la vivienda?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ● 1. Sanitario conectado al alcantarillado | ○ 2. Sanitario y letrina | ○ 3. Sanitario conectado a pozo séptico | ○ 4. Sanitario ecológico seco |
| ○ 5. Sanitario sin conexión | ○ 6. Sanitario con disposición a fuente hídrica | ○ 7. Campo abierto | ○ 8. Otro | **96.2** Cuál? |

**97.** ¿Cuál es el sistema de disposición de aguas residuales domésticas en la vivienda?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ● 1. Alcantarillado | ○ 2. Pozo séptico | ○ 3. Campo de oxidación | ○ 4. Biofiltro | ○ 5. Fuente hídrica | ○ 6. Campo abierto |
| ○ 7. Otro | **97.2** Cuál? | | | | |

**98.** ¿Como se realiza la disposición final de los residuos sólidos ordinarios de la vivienda?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Recolección por parte del servicio de aseo distrital o municipal | ○ 2. Enterramiento | ● 3. Quema a campo abierto | |
| ○ 4. Disposición en fuentes de agua cercana | ○ 5. Disposición a campo abierto | ○ 6. Otro | **98.2** Cuál? |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

# Ministerio de Salud y Protección Social

## Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

#### 1.1. Datos generales del escenario del entorno que se caracteriza

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Departamento | Cesar. | 2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia | |
| 3. Municipio / Área no municipalizada | 20045 - Becerril | | |
| 4. Territorio | | ID: | Serial: |
| 5. Microterritorio | | ID: | Serial: |
| 6. Corregimiento / Centro de poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo Indigena | | | |
| Estados Unidos. | 9°37'28 N 73°12'58" O. | | |
| 7. Dirección | Calle #2 | 8. Geopunto (online-offline) y altitud | |
| 9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia) | | | |
| Diagonal al Parque Principal. | | | |
| 10. Número de Identificación de la familia | | 11. Estrato socieconómico de la vivienda | ○ 1. Bajo-Bajo |
| ● 2. Bajo | ○ 3. Medio-Bajo | ○ 4. Medio | ○ 5. Medio-Alto ○ 6. Alto |
| 12. Número de hogares en la vivienda | 1 | 13. Número de familias en la vivienda | 1 |
| 14. Número de personas en la vivienda | 2 | | |

#### 1.2. Identificación del encuestador

| | |
|---|---|
| 15. Número de identificación del Equipo Básico de Salud (EBS) | |
| 16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS | 2004500439 - ESE HSJ. |
| 17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización | Michel Deleón Simanca. |
| 18. Perfil de quien realiza la evaluación de necesidades en salud - caracterización | Auxiliar de enfermería |
| 19. Código de la ficha | 20. Fecha diligencimiento de la ficha |

### 2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

#### 2.1. Estructura y contexto familiar

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21. Tipo de familia | ● 1. Nuclear biparental | ○ 2. Nuclear monoparental | ○ 3. Extenso biparental |
| ○ 4. Extenso monoparental | ○ 5. Compuesto biparental | ○ 6. Compuesto monoparental | ○ 7. Unipersonal |
| 22. Número de personas que conforman la familia | 2 | 23. Estructura y dinámica familiar (Diligenciamiento Familiograma) | |
| Seleccione el tipo de riesgo identificado | ○ 1. Riesgo Biológico | ○ 2. Riesgo Psicológico | ● 1. Riesgo Social |

Observaciones:

24. Funcionalidad de la familia (Apgar familiar) | ○ 0 a 3 puntos. Disfunción familiar | ○ 4 a 6 puntos. Funcionalidad moderada | ● 4 a 6 puntos. Alta Funcionalidad

25. En la familia se identifica un cuidador principal de niños, niñas, persona con discapacidad, adulto mayor o enfermedad? | ○ SI | ● NO

26. Si la respuesta anterior es SI aplicar escala ZARIT y registre aquí el resultado -puntaje para determinar si se requiere intervención individual o familiar | ○ 1. Ausencia de sobrecarga (≤ 46) | ○ 2. Sobrecarga ligera (47-55) | ○ 3. Sobrecarga intensa (≥ 56)

27. Interrelaciones de la familia con el contexto socio cultural (diligenciar ECOMAPA) | ● 1. Positivo | ○ 2. Tenue | ○ 3. Estresante | ○ 4. Energía Fluye | ○ 5. Intenso

## 2.2. Situaciones o condiciones de especial protección de la familia y sus integrantes

28. Familia con niñas, niños y adolescentes | ○ SI | ● NO

29. Gestante en la familia | ○ SI | ● NO

30. Familia con personas adultos mayores | ● SI | ○ NO

31. Familia víctima del conflicto armado | ○ SI | ● NO

32. Familia que convive con personas con discapacidad | ○ SI | ● NO

33. Familia que convive con personas que presentan alguna enfermedad crónica, huérfana o en estado terminal | ○ SI | ● NO

34. Familia que convive con persona que presentan alguna enfermedad transmisible | ○ 1. TB | ○ 2. Lepra | ○ 3. Escabiosos, enfermedades infecciosas de la piel u otras | ○ 4. Malaria | ○ 5. Dengue | ○ 6. Chagas | ○ 7. Hepatitis A | ○ 8. Alguna enfermedad inmunoprevenible ( varicela- parotiditis, otra) | ○ 9. Otras | ● 10. Ninguna

35. Familia con vivencia de sucesos vitales normativos y no normativos ( Eventos significativos que inciden de manera positiva o negativa en la persona y familia por ejemplo: Ingreso de niños estudiar, muerte familiar, accidente que genera discapacidad, separación pareja, entre otros) | ○ SI | ● NO

36. Familia en situación de vulnerabilidad social (Consumo de SPA - Alcohol, explotación sexual, trabajo infantil, conflictos interpersonales, violencia intrafamiliar, trastorno mental, entre otras) | ○ SI | ● NO

37. Familias con prácticas de cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado en la salud (Hábitos alimentarios, situaciones de abandono) | ○ SI | ● NO

38. Familia con integrantes con antecedentes de Ca, HTA, Diabetes, Asma, Enfermedad cardiaca, otra | ● SI | ○ NO

38.2 Si la respuesta es si indique cuales | HTA.

38.3 Recibe tratamiento | ○ SI | ● NO

39. Cómo obtiene sus alimentos | ○ 1. Cultiva | ○ 2. Cría de animales | ○ 3. Cacería | ○ 4. Recolección de alimentos | ○ 5. Trueque o intercambio | ● 6. Compra | ○ 7. Asistencia del Estado | ○ 8. Ayuda humanitaria | ○ 9. Otra

39.2 Cuál?

## 2.3. Prácticas o condiciones protectoras para el cuidado de la salud predominantes en la familia

40. Hábitos de vida saludable adaptado a las condiciones contextuales y culturales de la familia y sus integrantes. | ○ SI | ● NO

41. Recursos socioemocionales que potencian el cuidado de la salud de la familia | ○ SI | ● NO

42. Prácticas para el cuidado y protección de los entornos | ○ SI | ● NO

43. Prácticas de favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas | ○ SI | ● NO

44. Recursos sociales y comunitarios para el establecimiento de redes colectivas para la promoción de la salud. | ○ SI | ● NO

45. Prácticas para la conservación de la autonomía y la capacidad funcional de las personas mayores. | ○ SI | ● NO

46. Prácticas para la prevención de enfermedades en todas las edades. | ○ SI | ● NO

47. Prácticas de cuidado desde los saberes ancestrales/tradicionales (aplica para poblaciones y comunidades indígenas, negras afrocolombianas, raizales, palenqueras y rom) | ○ SI | ● NO

48. Capacidades de las familias para el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud | ○ SI | ● NO

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| 49. Primer Nombre | JOSE | 50. Segundo Nombre | De Jesus. |
| 51. Primer Apellido | Rincon. | 52. Segundo Apellido | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Tipo de identificación | C.C. | 54. Número de identificación | 1957589. | 55. Fecha de nacimiento | AAA 1936 | MM 11 | DD 03. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 56. Sexo | ● 1. Hombre | ○ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | 57. Rol dentro de la familia | ● 1. Jefe(a) de familia | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | ○ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro | Cuál |

| | |
|---|---|
| 58. Ocupación | Pensionado Por los hijos |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 59. Nivel Educativo | No Estudio. | 60. Régimen de afiliación | ● 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado | 61. EAPB | Nueva EPS. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 62. Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ● 7. Ninguna | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 63. Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ● 7. Ninguna |

| | |
|---|---|
| 64. Comunidad o pueblo indígena | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 65. Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ● 9. Ninguna | |

| | | |
|---|---|---|
| 66. El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ● NO |

### 3.2. Situaciones o condiciones de salud

**67.** Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación ○ SI ● NO

**68.** Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ○ 1. Valoración Integral para la PYMS | ● 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna |
| ○ 4. Aplicación de flúor | ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo |
| ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito | ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción |
| ● 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ● 13. Tamizaje para ITS | ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino | ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama |
| ● 16. Tamizaje para cáncer de próstata | ● 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto | ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales |
| ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad | ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido |
| ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ● 25. Educación para la salud | ○ 26. Ninguna | |

**69.** Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | ○ 7. Persona enferma | ○ 8. Persona hospitalizada |
| ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ● 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 12. No afiliado |

**70.** ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? ○ SI ● NO

**71.** Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? ○ SI ● NO

**72.** Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses)

**73.** Es menor de 5 años? ○ SI ● NO

**74.** Resultado de toma de medidas antropométricas — **74.1** Peso (en Kilogramos) 56.5 Kg. — **74.2** Talla (en centímetros) 1.60 Cm.

**75.** Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla | ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda |
| ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | | | |

**76.** Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial

**77.** Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda

| | |
|---|---|
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento |

**78.** ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. ○ SI ● NO

**78.2** Cuáles

**79.** ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? ○ SI ○ NO

**80.** Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | |

**81.** Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ● No aplica |

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| **49.** Primer Nombre | Cristina. | **50.** Segundo Nombre | |
| **51.** Primer Apellido | Sanchez | **52.** Segundo Apellido | Rodriguez. |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | C.C | **54.** Número de identificación | 49.748.507 | **55.** Fecha de nacimiento | AAA 1955 | MM 05 | DD 11. |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **56.** Sexo | ○ 1. Hombre | **57.** Rol dentro de la familia | ○ 1. Jefe(a) de familia | | ● 2. Cónyuge o compañero(a) | | | | |
| ● 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | ○ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro | Cuál | | | |

| | |
|---|---|
| **58.** Ocupación | Ama de Casa |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **59.** Nivel Educativo | **60.** Régimen de afiliación | ○ 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado | **61.** EAPB |
| No estudio. | | | | | | | Nueva EPS. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **62.** Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ● 7. Ninguna |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **63.** Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | **64.** Comunidad o pueblo indígena | |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ● 7. Ninguna | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **65.** Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ● 9. Ninguna | |

| | | |
|---|---|---|
| **66.** El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ● NO |

### 3.2. Situaciones o condiciones de salud

| | | |
|---|---|---|
| 67. Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ● NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 68. Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud | | | ● 1. Valoración Integral para la PYMS |
| ○ 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | ○ 4. Aplicación de flúor | |
| ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo | |
| ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito | |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ○ 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ○ 13. Tamizaje para ITS | ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino |
| ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto | |
| ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad | |
| ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido | |
| ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ● 25. Educación para la salud | ○ 26. Ninguna | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 69. Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud | | | ● 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud |
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | ○ 7. Persona enferma | |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura |
| ○ 12. No afiliado | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 70. ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ● NO | 71. Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ● NO |
| 72. Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) | | | 73. Es menor de 5 años? | ○ SI | ● NO |
| 74. Resultado de toma de medidas antropométricas | 74.1 Peso (en Kilogramos) | 62.3 Kg. | 74.2 Talla (en centímetros) | 1.65 Cm. | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 75. Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla | ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | | |

| | |
|---|---|
| 76. Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial | |

| | | |
|---|---|---|
| 77. Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda | | |
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara | |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen | |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento | |

| | | |
|---|---|---|
| 78. ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI | ● NO |
| 78.2 Cuáles | | |

| | | |
|---|---|---|
| 79. ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ● NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 80. Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención | | | |
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros | |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 81. Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional? | | | | |
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ● No aplica | |

## 4. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

### 4.1. Características y condiciones del entorno y de la vivienda

**82.** Tipo de vivienda: ● 1. Casa | ○ 2. Casa Indígena | ○ 3. Carpa | ○ 4. Apartamento | ○ 5. Pieza/ Cuarto en Inquilinato | ○ 6. Contenedor | ○ 7. Embarcación | ○ 8. Vagón | ○ 9. Refugio Natural | ○ 10. Cueva | ○ 11. Puente | ○ 12. Otro | **85.2** ¿Cuál?

**83.** ¿Cuál es el material predominante de las paredes? ● 1. Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida | ○ 2. Tapia pisada, adobe | ○ 3. Bahareque | ○ 4. Material prefabricado | ○ 5. Madera burda, tabla, tablón | ○ 6. Guadua, casa, esterilla, otro vegetal | ○ 7. Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico | ○ 8. Sin paredes | ○ 9. Otro | **83.2** ¿Cuál?

**84.** ¿Cuál es el material predominante del piso de la vivienda? ○ 1. Alfombra o tapete, mármol, parque, madera pulida y lacada | ○ 2. Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo | ● 3. Cemento, gravilla | ○ 4. Madera burda, madera en mal estado, tabla, tablón | ○ 5. Tierra o arena | ○ 6. Otro | **84.2** ¿Cuál?

**85.** ¿Cuál es el material predominante del techo? ○ 1. Concreto | ○ 2. Tejas de barro | ○ 3. Fibrocemento | ○ 4. Zinc | ○ 5. Palma o paja | ○ 6. Plástico | ○ 7. Desechos (cartón, lata, tela, sacos, etc) | ○ 8. Otro | **85.2** ¿Cuál?

**86.** ¿De cuántos cuartos o piezas dormitorio dispone esta vivienda? 2

**87.** Hacinamiento: ○ SI | ● NO

**88.** Se identifican algunos de los siguientes escenarios de riesgo de accidente en la vivienda

○ 1. Objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños | ○ 2. Sustancias químicas al alcance de los niños | ○ 3. Medicamentos al alcance de los niños | ○ 4. Velas, velones, incienso encendidos en la vivienda | ○ 5. Conexiones eléctricas en mal estado o sobrecargadas | ○ 6. Botones, canicas entre otros objetos pequeños o con piezas que puedan desmontarse, al alcance de los niños | ○ 7. Pasillos obstruidos con juguetes, sillas u otros objetos | ○ 8. Superficies resbaladizas, suelos con agua, grasas, aceites, entre otros | ● 9. Tanques o recipientes de almacenamiento de agua sin tapa | ● 10. Escaleras sin protección

**89.** Desde la vivienda se puede acceder fácilmente a: ○ 1. Medios de transporte (Buses, autos, camiones, lanchas, etc) | ○ 2. Parques, y áreas deportivas, Centros sociales y/o recreacionales | ○ 3. Instituciones educativas | ○ 4. Servicios de salud | ● 5. Ninguna

**90.** ¿Cuál fuente de energía o combustible que se usa para cocinar?

○ 1. Electricidad | ○ 2. Gas natural | ● 3. Gas Liquado del petroleo (gas propano) | ○ 4. Leña, madera o carbón de leña | ○ 5. Petróleo, gasolina, kerosén, alcohol | ○ 6. Carbón mineral | ○ 7. Materiales de desecho | ○ 8. Otro | **90.2** ¿Cuál?

**91.** ¿Se observa cerca de la vivienda o dentro de ella s criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? ○ SI | ● NO

**91.2** Cuál(es)?

### 4.2. Oficios u ocupaciones que se desarrollan en la vivienda o su entorno inmediato (peridomicilio)

**92.** Observe si cerca de la vivienda hay alguno de los siguientes:

○ 1. Cultivos | ○ 2. Apriscos | ○ 3. Porquerizas | ○ 4. Galpones | ● 5. Terrenos baldíos | ● 6. Presencia de Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, et | ○ 7. Ruido o sonidos desagradables | ○ 8. Malos olores | ○ 9. Sitios satélites de disposición de excretas | ○ 10. Rellenos sanitarios/botaderos | ○ 11. Industrias Contaminantes (del sector energético, minero, transporte, construcción, manufacturera, entre otros) | ● 12. Contaminación visual | ○ 13. Río o quebrada | ○ 14. Planta de tratamiento de agua residual | ○ 15. Extracción minera | ○ 16. Canales de agua lluvia | ○ 17. Vías de tráfico vehícular | ○ 18. Quemas a cielo abierto | ○ 19. Otro

**92.2** Especifique

**93.** ¿Al interior de la vivienda se realiza alguna actividad económica? ○ SI | ● NO

**94.** Señale los animales que conviven con la familia dentro de la vivienda o en su entorno inmediato, e indique cuantos son:

○ 1. Perros | ● 2. Gato | ○ 3. Porcinos | ○ 4. Bóvidos: Búfalos, vacas, toros | ○ 5. Equidos: Asnos, mulas, caballos, burros | ○ 6. Ovinos / caprino | ● 7. Aves de producción | ○ 8. Aves ornamentales | ○ 9. Peces ornamentales, hamster | ○ 10. Cobayos, conejos | ○ 11. Animales silvestres | ○ 11. Otro | **94.2** Cuál? | **94.3** Registrar Cantidad: 10. 91.

## 4.3. Agua y saneamiento básico

**95.** ¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua para consumo humano en la vivienda?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Acueducto administrado por empresa prestadora (ESP) | ○ 2. Agua embotellada o en bolsa | ● 3. Acueducto veredal o comunitario | ○ 4. Pila pública |
| ○ 5. Carro tanque | ○ 6. Abasto con distribución comunitaria | ○ 7. Pozo con bomba | ○ 8. Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno | ○ 9. Laguna o jagüey |
| ○ 10. Río, quebrada, manantial o nacimiento | ○ 11. Aguas lluvias | ○ 12. Aguatero | ○ 13. Otro | **95.2** Cuál |

**96.** ¿Cuál es el sistema de disposición de excretas en la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ● 1. Sanitario conectado al alcantarillado | ○ 2. Sanitario y letrina | ○ 3. Sanitario conectado a pozo séptico | ○ 4. Sanitario ecológico seco | |
| ○ 5. Sanitario sin conexión | ○ 6. Sanitario con disposición a fuente hídrica | ○ 7. Campo abierto | ○ 8. Otro | **96.2** Cuál? |

**97.** ¿Cuál es el sistema de disposición de aguas residuales domésticas en la vivienda?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ● 1. Alcantarillado | ○ 2. Pozo séptico | ○ 3. Campo de oxidación | ○ 4. Biofiltro | ○ 5. Fuente hídrica | ○ 6. Campo abierto |
| ○ 7. Otro | **97.2** Cuál? | | | | |

**98.** ¿Como se realiza la disposición final de los residuos sólidos ordinarios de la vivienda?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Recolección por parte del servicio de aseo distrital o municipal | ○ 2. Enterramiento | ● 3. Quema a campo abierto | |
| ○ 4. Disposición en fuentes de agua cercana | ○ 5. Disposición a campo abierto | ○ 6. Otro | **98.2** Cuál? |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

# Ministerio de Salud y Protección Social
## Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

### 1.1. Datos generales del escenario del entorno que se caracteriza

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Departamento | Cesar | 2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia | |
| 3. Municipio / Área no municipalizada | 20045-Becerril. | | |
| 4. Territorio | | ID: | Serial: |
| 5. Microterritorio | | ID: | Serial: |
| 6. Corregimiento / Centro de poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo Indigena | Estados Unidos | | |
| | 9°37'28 N 73°12'580 | | |
| 7. Dirección | la Carpinteria. | 8. Geopunto (online-offline) y altitud | |
| 9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia) | | | |
| 10. Número de Identificación de la familia | | 11. Estrato socieconómico de la vivienda | ● 1. Bajo-Bajo |
| ○ 2. Bajo | ○ 3. Medio-Bajo | ○ 4. Medio | ○ 5. Medio-Alto ○ 6. Alto |
| 12. Número de hogares en la vivienda | | 13. Número de familias en la vivienda | 1 |
| 14. Número de personas en la vivienda | 1 | | |

### 1.2. Identificación del encuestador

| | |
|---|---|
| 15. Número de identificación del Equipo Básico de Salud (EBS) | |
| 16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS | 2004500439- ESE Hospital San Jose |
| 17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización | Gabriela Mendez 1065583013. |
| 18. Perfil de quien realiza la evaluación de necesidades en salud - caracterización | Aux Enfermeria. |
| 19. Código de la ficha | |
| 20. Fecha diligencimiento de la ficha | 2024 |

## 2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

### 2.1. Estructura y contexto familiar

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21. Tipo de familia | ● 1. Nuclear biparental | ○ 2. Nuclear monoparental | ○ 3. Extenso biparental |
| ○ 4. Extenso monoparental | ○ 5. Compuesto biparental | ○ 6. Compuesto monoparental | ○ 7. Unipersonal |
| 22. Número de personas que conforman la familia | 4 | 23. Estructura y dinámica familiar (Diligenciamiento Familiograma) | |
| Seleccione el tipo de riesgo identificado | ○ 1. Riesgo Biológico | ○ 2. Riesgo Psicológico | ● 1. Riesgo Social |

Observaciones:

24. Funcionalidad de la familia (Apgar familiar) | ○ 0 a 3 puntos. Disfunción familiar | ○ 4 a 6 puntos. Funcionalidad moderada | ○ 4 a 6 puntos. Alta Funcionalidad

25. En la familia se identifica un cuidador principal de niños, niñas, persona con discapacidad, adulto mayor o enfermedad? | ○ SI | ○ NO

26. Si la respuesta anterior es SI aplicar escala ZARIT y registre aquí el resultado -puntaje para determinar si se requiere intervención individual o familiar | ○ 1. Ausencia de sobrecarga (≤ 46) | ○ 2. Sobrecarga ligera (47-55) | ○ 3. Sobrecarga intensa (≥ 56)

27. Interrelaciones de la familia con el contexto socio cultural (diligenciar ECOMAPA) | ● 1. Positivo | ○ 2. Tenue | ○ 3. Estresante | ○ 4. Energía Fluye | ○ 5. Intenso

## 2.2. Situaciones o condiciones de especial protección de la familia y sus integrantes

28. Familia con niñas, niños y adolescentes | ○ SI | ● NO

29. Gestante en la familia | ● SI | ○ NO

30. Familia con personas adultos mayores | ○ SI | ● NO

31. Familia víctima del conflicto armado | ● SI | ○ NO

32. Familia que convive con personas con discapacidad | ○ SI | ● NO

33. Familia que convive con personas que presentan alguna enfermedad crónica, huérfana o en estado terminal | ○ SI | ● NO

34. Familia que convive con persona que presentan alguna enfermedad transmisible | ○ 1. TB | ○ 2. Lepra | ○ 3. Escabiosos, enfermedades infecciosas de la piel u otras | ○ 4. Malaria | ○ 5. Dengue | ○ 6. Chagas | ○ 7. Hepatitis A | ○ 8. Alguna enfermedad inmunoprevenible ( varicela- parotiditis, otra) | ○ 9. Otras | ● 10. Ninguna

35. Familia con vivencia de sucesos vitales normativos y no normativos ( Eventos significativos que inciden de manera positiva o negativa en la persona y familia por ejemplo: Ingreso de niños estudiar, muerte familiar, accidente que genera discapacidad, separación pareja, entre otros) | ○ SI | ● NO

36. Familia en situación de vulnerabilidad social (Consumo de SPA - Alcohol, explotación sexual, trabajo infantil, conflictos interpersonales, violencia intrafamiliar, trastorno mental, entre otras) | ○ SI | ● NO

37. Familias con prácticas de cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado en la salud (Hábitos alimentarios, situaciones de abandono) | ○ SI | ● NO

38. Familia con integrantes con antecedentes de Ca, HTA, Diabetes, Asma, Enfermedad cardiaca, otra | ○ SI | ○ NO

38.2 Si la respuesta es si indique cuales

38.3 Recibe tratamiento | ○ SI | ● NO

39. Cómo obtiene sus alimentos | ○ 1. Cultiva | ○ 2. Cría de animales | ○ 3. Cacería | ○ 4. Recolección de alimentos | ○ 5. Trueque o intercambio | ● 6. Compra | ○ 7. Asistencia del Estado | ○ 8. Ayuda humanitaria | ○ 9. Otra

39.2 Cuál?

## 2.3. Prácticas o condiciones protectoras para el cuidado de la salud predominantes en la familia

40. Hábitos de vida saludable adaptado a las condiciones contextuales y culturales de la familia y sus integrantes. | ○ SI | ● NO

41. Recursos socioemocionales que potencian el cuidado de la salud de la familia | ○ SI | ● NO

42. Prácticas para el cuidado y protección de los entornos | ○ SI | ● NO

43. Prácticas de favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas | ○ SI | ● NO

44. Recursos sociales y comunitarios para el establecimiento de redes colectivas para la promoción de la salud. | ○ SI | ● NO

45. Prácticas para la conservación de la autonomía y la capacidad funcional de las personas mayores. | ○ SI | ● NO

46. Prácticas para la prevención de enfermedades en todas las edades. | ○ SI | ● NO

47. Prácticas de cuidado desde los saberes ancestrales/tradicionales (aplica para poblaciones y comunidades indígenas, negras afrocolombianas, raizales, palenqueras y rom) | ○ SI | ● NO

48. Capacidades de las familias para el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud | ○ SI | ● NO

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| 49. Primer Nombre | Paola | 50. Segundo Nombre | Andrea |
| 51. Primer Apellido | Ramirez | 52. Segundo Apellido | Ordoñez |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Tipo de identificación | CC. | 54. Número de identificación | 1.006.484 009. | 55. Fecha de nacimiento | AAAA 1994 | MM 04 | DD 17. |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 56. Sexo | ○ 1. Hombre | ● 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | 57. Rol dentro de la familia | ○ 1. Jefe(a) de familia | ● 2. Cónyuge o compañero(a) | ○ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro | Cuál |

| | |
|---|---|
| 58. Ocupación | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 59. Nivel Educativo | Tec. Primera Infancia | 60. Régimen de afiliación | ● 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado | 61. EAPB | Nueva EPS. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 62. Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ● 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ● 6. Víctimas de violencia | ○ 7. Ninguna | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 63. Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | 64. Comunidad o pueblo indígena | |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ● 7. Ninguna | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 65. Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ● 9. Ninguna | |

| | | |
|---|---|---|
| 66. El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ● NO |

## 3.2. Situaciones o condiciones de salud

67. Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ● NO

68. Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Valoración Integral para la PYMS | ● 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna |
| ○ 4. Aplicación de flúor | ● 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema |
| ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo | ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica |
| ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito | ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ● 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular |
| ● 13. Tamizaje para ITS | ● 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino | ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama |
| ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto | ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional |
| ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad | ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo |
| ○ 22. Atención del puerperio | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido | ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad |
| ○ 25. Educación para la salud | ○ 26. Ninguna | |

69. Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud

| | | |
|---|---|---|
| ● 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ● 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas |
| ○ 7. Persona enferma | ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad |
| ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 12. No afiliado |

70. ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ● NO

71. Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ● NO

72. Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) | ~~72 Kg.~~

73. Es menor de 5 años? | ○ SI | ● NO

74. Resultado de toma de medidas antropométricas | 74.1 Peso (en Kilogramos) | 72 Kg. | 74.2 Talla (en centímetros) | 1.66 cm.

75. Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | |

76. Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial

77. Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda

| | |
|---|---|
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento |

78. ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI | ● NO

78.2 Cuáles

79. ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ● NO

80. Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | |

81. Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ● No aplica |

## 4. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

### 4.1. Características y condiciones del entorno y de la vivienda

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **82.** Tipo de vivienda | ● 1. Casa | ○ 2. Casa Indígena | ○ 3. Carpa | ○ 4. Apartamento | ○ 5. Pieza/ Cuarto en Inquilinato | ○ 6. Contenedor |
| ○ 7. Embarcación | ○ 8. Vagón | ○ 9. Refugio Natural | ○ 10. Cueva | ○ 11. Puente | ○ 12. Otro | **85.2** ¿Cuál? |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **83.** ¿Cuál es el material predominante de las paredes? | ○ 1. Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida | ○ 2. Tapia pisada, adobe | ○ 3. Bahareque |
| ○ 4. Material prefabricado | ● 5. Madera burda, tabla, tablón | ○ 6. Guadua, casa, esterilla, otro vegetal | ○ 7. Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico |
| ○ 8. Sin paredes | ○ 9. Otro | **83.2** ¿Cuál? | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **84.** ¿Cuál es el material predominante del piso de la vivienda? | ○ 1. Alfombra o tapete, mármol, parque, madera pulida y lacada | ○ 2. Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo | | | |
| ● 3. Cemento, gravilla | ○ 4. Madera burda, madera en mal estado, tabla, tablón | ○ 5. Tierra o arena | ○ 6. Otro | **84.2** ¿Cuál? | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **85.** ¿Cuál es el material predominante del techo? | ○ 1. Concreto | ○ 2. Tejas de barro | ○ 3. Fibrocemento | ○ 4. Zinc | ○ 5. Palma o paja |
| ○ 6. Plástico | ○ 7. Desechos (cartón, lata, tela, sacos, etc) | ○ 8. Otro | **85.2** ¿Cuál? | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **86.** ¿De cuántos cuartos o piezas dormitorio dispone esta vivienda? | 2 | **87.** Hacinamiento | ○ SI ● NO |

**88.** Se identifican algunos de los siguientes escenarios de riesgo de accidente en la vivienda

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños | ○ 2. Sustancias químicas al alcance de los niños | ○ 3. Medicamentos al alcance de los niños |
| ○ 4. Velas, velones, incienso encendidos en la vivienda | ○ 5. Conexiones eléctricas en mal estado o sobrecargadas | |
| ○ 6. Botones, canicas entre otros objetos pequeños o con piezas que puedan desmontarse, al alcance de los niños | ● 7. Pasillos obstruidos con juguetes, sillas u otros objetos | |
| ○ 8. Superficies resbaladizas, suelos con agua, grasas, aceites, entre otros | ○ 9. Tanques o recipientes de almacenamiento de agua sin tapa | ○ 10. Escaleras sin protección |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **89.** Desde la vivienda se puede acceder fácilmente a: | ● 1. Medios de transporte (Buses, autos, camiones, lanchas, etc) | | | |
| ● 2. Parques, y áreas deportivas, Centros sociales y/o recreacionales | ● 3. Instituciones educativas | ○ 4. Servicios de salud | ○ 5. Ninguna | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **90.** ¿Cuál fuente de energía o combustible que se usa para cocinar? | | | | |
| ○ 1. Electricidad | ○ 2. Gas natural | ● 3. Gas Liquado del petroleo (gas propano) | ○ 4. Leña, madera o carbón de leña | ○ 5. Petróleo, gasolina, kerosén, alcohol |
| ○ 6. Carbón mineral | ○ 7. Materiales de desecho | ○ 8. Otro | **90.2** ¿Cuál? | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **91.** ¿Se observa cerca de la vivienda o dentro de ella s criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? | ○ SI ● NO | **91.2** Cuál(es)? | |

### 4.2. Oficios u ocupaciones que se desarrollan en la vivienda o su entorno inmediato (peridomicilio)

**92.** Observe si cerca de la vivienda hay alguno de los siguientes:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Cultivos | ○ 2. Apriscos | ○ 3. Porquerizas | ○ 4. Galpones | ● 5. Terrenos baldíos |
| ○ 6. Presencia de Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, et | ○ 7. Ruido o sonidos desagradables | | ○ 8. Malos olores | |
| ○ 9. Sitios satélites de disposición de excretas | ○ 10. Rellenos sanitarios/botaderos | | | |
| ○ 11. Industrias Contaminantes (del sector energético, minero, transporte, construcción, manufacturera, entre otros) | | | | |
| ○ 12. Contaminación visual | ○ 13. Río o quebrada | ○ 14. Planta de tratamiento de agua residual | ○ 15. Extracción minera | |
| ○ 16. Canales de agua lluvia | ● 17. Vías de tráfico vehícular | ○ 18. Quemas a cielo abierto | ○ 19. Otro | |
| **92.2** Especifique | | | | |

| | |
|---|---|
| **93.** ¿Al interior de la vivienda se realiza alguna actividad económica? | ● SI ○ NO |

**94.** Señale los animales que conviven con la familia dentro de la vivienda o en su entorno inmediato, e indique cuantos son:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ● 1. Perros | ○ 2. Gato | ○ 3. Porcinos | ○ 4. Bóvidos: Búfalos, vacas, toros | ○ 5. Equidos: Asnos, mulas, caballos, burros | |
| ○ 6. Ovinos / caprino | ○ 7. Aves de producción | ○ 8. Aves ornamentales | ○ 9. Peces ornamentales, hamster | ○ 10. Cobayos, conejos | |
| ○ 11. Animales silvestres | ○ 11. Otro | **94.2** Cuál? | | **94.3** Registrar Cantidad | 1 perro. |

## 4.3. Agua y saneamiento básico

**95.** ¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua para consumo humano en la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Acueducto administrado por empresa prestadora (ESP) | ○ 2. Agua embotellada o en bolsa | ● 3. Acueducto veredal o comunitario | ○ 4. Pila pública | |
| ○ 5. Carro tanque | ○ 6. Abasto con distribución comunitaria | ○ 7. Pozo con bomba | ○ 8. Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno | ○ 9. Laguna o jagüey |
| ○ 10. Río, quebrada, manantial o nacimiento | ○ 11. Aguas lluvias | ○ 12. Aguatero | ○ 13. Otro | **95.2** Cuál |

**96.** ¿Cuál es el sistema de disposición de excretas en la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ● 1. Sanitario conectado al alcantarillado | ○ 2. Sanitario y letrina | ○ 3. Sanitario conectado a pozo séptico | ○ 4. Sanitario ecológico seco | |
| ○ 5. Sanitario sin conexión | ○ 6. Sanitario con disposición a fuente hídrica | ○ 7. Campo abierto | ○ 8. Otro | **96.2** Cuál? |

**97.** ¿Cuál es el sistema de disposición de aguas residuales domésticas en la vivienda?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ● 1. Alcantarillado | ○ 2. Pozo séptico | ○ 3. Campo de oxidación | ○ 4. Biofiltro | ○ 5. Fuente hídrica | ○ 6. Campo abierto |
| ○ 7. Otro | **97.2** Cuál? | | | | |

**98.** ¿Como se realiza la disposición final de los residuos sólidos ordinarios de la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Recolección por parte del servicio de aseo distrital o municipal | ○ 2. Enterramiento | ○ 3. Quema a campo abierto | | |
| ○ 4. Disposición en fuentes de agua cercana | ● 5. Disposición a campo abierto | ○ 6. Otro | **98.2** Cuál? | |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

# Ministerio de Salud y Protección Social

## Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

### 1.1. Datos generales del escenario del entorno que se caracteriza

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Departamento | Cesar | 2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia | |
| 3. Municipio / Área no municipalizada | 20045 - Becerril | | |
| 4. Territorio | | ID: | Serial: |
| 5. Microterritorio | | ID: | Serial: |
| 6. Corregimiento / Centro de poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo Indigena | Corregimiento Estados Unidos | 9037'28 N 73° 12' 580. | |
| 7. Dirección | pueblo nuevo #1 | 8. Geopunto (online-offline) y altitud | |
| 9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia) | Calle al fondo del salón Comunal. | | |
| 10. Número de Identificación de la familia | | 11. Estrato socieconómico de la vivienda | ○ 1. Bajo-Bajo |
| ○ 2. Bajo | ○ 3. Medio-Bajo | ○ 4. Medio | ○ 5. Medio-Alto ○ 6. Alto |
| 12. Número de hogares en la vivienda | 1 | 13. Número de familias en la vivienda | 1 |
| 14. Número de personas en la vivienda | 2. | | |

### 1.2. Identificación del encuestador

| | |
|---|---|
| 15. Número de identificación del Equipo Básico de Salud (EBS) | |
| 16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS | 2004500439 - ESE Hospital San José |
| 17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización | Michel de leon 1003238597 |
| 18. Perfil de quien realiza la evaluación de necesidades en salud - caracterización | Aux Enfermeria |
| 19. Código de la ficha | |
| 20. Fecha diligencimiento de la ficha | 2024 / 03 / 12 |

## 2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

### 2.1. Estructura y contexto familiar

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21. Tipo de familia | ○ 1. Nuclear biparental | ○ 2. Nuclear monoparental | ○ 3. Extenso biparental |
| ○ 4. Extenso monoparental | ● 5. Compuesto biparental | ○ 6. Compuesto monoparental | ○ 7. Unipersonal |
| 22. Número de personas que conforman la familia | 3 | 23. Estructura y dinámica familiar (Diligenciamiento Familiograma) | |
| Seleccione el tipo de riesgo identificado | ○ 1. Riesgo Biológico | ○ 2. Riesgo Psicológico | ● 1. Riesgo Social |

Observaciones:

24. Funcionalidad de la familia (Apgar familiar) | ○ 0 a 3 puntos. Disfunción familiar | ○ 4 a 6 puntos. Funcionalidad moderada | ● 4 a 6 puntos. Alta Funcionalidad

25. En la familia se identifica un cuidador principal de niños, niñas, persona con discapacidad, adulto mayor o enfermedad? | ○ SI | ○ NO

26. Si la respuesta anterior es SI aplicar escala ZARIT y registre aquí el resultado -puntaje para determinar si se requiere intervención individual o familiar | ○ 1. Ausencia de sobrecarga (≤ 46) | ○ 2. Sobrecarga ligera (47-55) | ○ 3. Sobrecarga intensa (≥ 56)

27. Interrelaciones de la familia con el contexto socio cultural (diligenciar ECOMAPA) | ● 1. Positivo | ○ 2. Tenue | ○ 3. Estresante | ○ 4. Energía Fluye | ○ 5. Intenso

## 2.2. Situaciones o condiciones de especial protección de la familia y sus integrantes

28. Familia con niñas, niños y adolescentes | ● SI | ○ NO

29. Gestante en la familia | ○ SI | ● NO

30. Familia con personas adultos mayores | ○ SI | ● NO

31. Familia víctima del conflicto armado | ● SI | ○ NO

32. Familia que convive con personas con discapacidad | ○ SI | ● NO

33. Familia que convive con personas que presentan alguna enfermedad crónica, huérfana o en estado terminal | ○ SI | ● NO

34. Familia que convive con persona que presentan alguna enfermedad transmisible | ○ 1. TB | ○ 2. Lepra | ○ 3. Escabiosos, enfermedades infecciosas de la piel u otras | ○ 4. Malaria | ○ 5. Dengue | ○ 6. Chagas | ○ 7. Hepatitis A | ○ 8. Alguna enfermedad inmunoprevenible ( varicela- parotiditis, otra) | ○ 9. Otras | ● 10. Ninguna

35. Familia con vivencia de sucesos vitales normativos y no normativos ( Eventos significativos que inciden de manera positiva o negativa en la persona y familia por ejemplo: Ingreso de niños estudiar, muerte familiar, accidente que genera discapacidad, separación pareja, entre otros) | ○ SI | ● NO

36. Familia en situación de vulnerabilidad social (Consumo de SPA - Alcohol, explotación sexual, trabajo infantil, conflictos interpersonales, violencia intrafamiliar, trastorno mental, entre otras) | ○ SI | ● NO

37. Familias con prácticas de cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado en la salud (Hábitos alimentarios, situaciones de abandono) | ○ SI | ● NO

38. Familia con integrantes con antecedentes de Ca, HTA, Diabetes, Asma, Enfermedad cardiaca, otra | ○ SI | ● NO

38.2 Si la respuesta es si indique cuales

38.3 Recibe tratamiento | ○ SI | ● NO

39. Cómo obtiene sus alimentos | ○ 1. Cultiva | ○ 2. Cría de animales | ○ 3. Cacería | ○ 4. Recolección de alimentos | ○ 5. Trueque o intercambio | ● 6. Compra | ○ 7. Asistencia del Estado | ○ 8. Ayuda humanitaria | ○ 9. Otra

39.2 Cuál?

## 2.3. Prácticas o condiciones protectoras para el cuidado de la salud predominantes en la familia

40. Hábitos de vida saludable adaptado a las condiciones contextuales y culturales de la familia y sus integrantes. | ● SI | ○ NO

41. Recursos socioemocionales que potencian el cuidado de la salud de la familia | ● SI | ○ NO

42. Prácticas para el cuidado y protección de los entornos | ● SI | ○ NO

43. Prácticas de favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas | ● SI | ○ NO

44. Recursos sociales y comunitarios para el establecimiento de redes colectivas para la promoción de la salud. | ○ SI | ● NO

45. Prácticas para la conservación de la autonomía y la capacidad funcional de las personas mayores. | ○ SI | ● NO

46. Prácticas para la prevención de enfermedades en todas las edades. | ○ SI | ● NO

47. Prácticas de cuidado desde los saberes ancestrales/tradicionales (aplica para poblaciones y comunidades indígenas, negras afrocolombianas, raizales, palenqueras y rom) | ○ SI | ● NO

48. Capacidades de las familias para el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud | ○ SI | ● NO

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| 49. Primer Nombre | Jose | 50. Segundo Nombre | Alberto |
| 51. Primer Apellido | Ascanio. | 52. Segundo Apellido | Rodriguez |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Tipo de identificación | CC | 54. Número de identificación | 1064122179 | 55. Fecha de nacimiento | AAA 1994 | MM Feb | DD 22 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 56. Sexo | ○ 1. Hombre | ○ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | 57. Rol dentro de la familia | ○ 1. Jefe(a) de familia | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | |
| | | | | ○ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro Cuál |

| | |
|---|---|
| 58. Ocupación | Oficios Varios |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 59. Nivel Educativo | Bachiller. | 60. Régimen de afiliación | ● 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | ○ 3. Especial ○ 4. Excepción ○ 5. No afiliado |
| | | | | | 61. EAPB: Asmet Salud |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 62. Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ○ 7. Ninguna | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 63. Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | 64. Comunidad o pueblo indígena | |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ● 7. Ninguna | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 65. Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ● 9. Ninguna | |

| | | |
|---|---|---|
| 66. El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ● NO |

## 3.2. Situaciones o condiciones de salud

| | | |
|---|---|---|
| 67. Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ● NO |

| | | |
|---|---|---|
| 68. Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud | ● 1. Valoración Integral para la PYMS | |
| ● 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | ○ 4. Aplicación de flúor |
| ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo |
| ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ● 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ● 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ● 13. Tamizaje para ITS ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino |
| ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto |
| ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad |
| ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido |
| ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ● 25. Educación para la salud | ○ 26. Ninguna |

| | | |
|---|---|---|
| 69. Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud | ● 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | |
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | ○ 7. Persona enferma |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura |
| ○ 12. No afiliado | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 70. ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ● SI | ○ NO | 71. Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ● NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 72. Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) | | 73. Es menor de 5 años? | ○ SI ● NO |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 74. Resultado de toma de medidas antropométricas | 74.1 Peso (en Kilogramos) | 73.2 Kg | 74.2 Talla (en centímetros) | 169 cm | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 75. Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla | ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | | |

| | |
|---|---|
| 76. Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial | |

| | |
|---|---|
| 77. Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda | |
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento |

| | |
|---|---|
| 78. ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI ● NO |
| 78.2 Cuáles | |

| | | |
|---|---|---|
| 79. ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ○ NO |

| | | |
|---|---|---|
| 80. Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención | | |
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 81. Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional? | | | |
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ● No aplica |

## 4. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

### 4.1. Características y condiciones del entorno y de la vivienda

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **82.** Tipo de vivienda | ○ 1. Casa | ○ 2. Casa Indígena | ○ 3. Carpa | ● 4. Apartamento | ○ 5. Pieza/ Cuarto en Inquilinato | ○ 6. Contenedor |
| ○ 7. Embarcación | ○ 8. Vagón | ○ 9. Refugio Natural | ○ 10. Cueva | ○ 11. Puente | ○ 12. Otro | **85.2** ¿Cuál? |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **83.** ¿Cuál es el material predominante de las paredes? | ● 1. Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida | ○ 2. Tapia pisada, adobe | ○ 3. Bahareque |
| ○ 4. Material prefabricado | ○ 5. Madera burda, tabla, tablón | ○ 6. Guadua, casa, esterilla, otro vegetal | ○ 7. Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico |
| ○ 8. Sin paredes | ○ 9. Otro | **83.2** ¿Cuál? | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **84.** ¿Cuál es el material predominante del piso de la vivienda? | ○ 1. Alfombra o tapete, mármol, parque, madera pulida y lacada | ○ 2. Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo | | | |
| ● 3. Cemento, gravilla | ○ 4. Madera burda, madera en mal estado, tabla, tablón | ○ 5. Tierra o arena | ○ 6. Otro | **84.2** ¿Cuál? | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **85.** ¿Cuál es el material predominante del techo? | ○ 1. Concreto | ○ 2. Tejas de barro | ○ 3. Fibrocemento | ○ 4. Zinc | ○ 5. Palma o paja |
| ○ 6. Plástico | ○ 7. Desechos (cartón, lata, tela, sacos, etc) | ○ 8. Otro | **85.2** ¿Cuál? | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **86.** ¿De cuántos cuartos o piezas dormitorio dispone esta vivienda? | | **87.** Hacinamiento | ○ SI ● NO |

**88.** Se identifican algunos de los siguientes escenarios de riesgo de accidente en la vivienda

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños | ○ 2. Sustancias químicas al alcance de los niños | ○ 3. Medicamentos al alcance de los niños |
| ○ 4. Velas, velones, incienso encendidos en la vivienda | ○ 5. Conexiones eléctricas en mal estado o sobrecargadas | |
| ○ 6. Botones, canicas entre otros objetos pequeños o con piezas que puedan desmontarse, al alcance de los niños | ○ 7. Pasillos obstruidos con juguetes, sillas u otros objetos | |
| ○ 8. Superficies resbaladizas, suelos con agua, grasas, aceites, entre otros | ○ 9. Tanques o recipientes de almacenamiento de agua sin tapa | ○ 10. Escaleras sin protección |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **89.** Desde la vivienda se puede acceder fácilmente a: | ● 1. Medios de transporte (Buses, autos, camiones, lanchas, etc) | | | |
| ○ 2. Parques, y áreas deportivas, Centros sociales y/o recreacionales | ○ 3. Instituciones educativas | ○ 4. Servicios de salud | ○ 5. Ninguna | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **90.** ¿Cuál fuente de energía o combustible que se usa para cocinar? | | | | | |
| ○ 1. Electricidad | ○ 2. Gas natural | ○ 3. Gas Liquado del petroleo (gas propano) | ● 4. Leña, madera o carbón de leña | ○ 5. Petróleo, gasolina, kerosén, alcohol | |
| ○ 6. Carbón mineral | ○ 7. Materiales de desecho | ○ 8. Otro | **90.2** ¿Cuál? | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **91.** ¿Se observa cerca de la vivienda o dentro de ella s criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? | ● SI ○ NO | **91.2** Cuál(es)? | |

### 4.2. Oficios u ocupaciones que se desarrollan en la vivienda o su entorno inmediato (peridomicilio)

**92.** Observe si cerca de la vivienda hay alguno de los siguientes:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Cultivos | ○ 2. Apriscos | ○ 3. Porquerizas | ○ 4. Galpones | ● 5. Terrenos baldíos |
| ○ 6. Presencia de Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, et | ○ 7. Ruido o sonidos desagradables | | ○ 8. Malos olores | |
| ○ 9. Sitios satélites de disposición de excretas | ○ 10. Rellenos sanitarios/botaderos | | | |
| ○ 11. Industrias Contaminantes (del sector energético, minero, transporte, construcción, manufacturera, entre otros) | | | | |
| ○ 12. Contaminación visual | ○ 13. Río o quebrada | ○ 14. Planta de tratamiento de agua residual | ○ 15. Extracción minera | |
| ○ 16. Canales de agua lluvia | ○ 17. Vías de tráfico vehícular | ○ 18. Quemas a cielo abierto | ○ 19. Otro | |
| **92.2** Especifique | | | | |

| | |
|---|---|
| **93.** ¿Al interior de la vivienda se realiza alguna actividad económica? | ○ SI ● NO |

**94.** Señale los animales que conviven con la familia dentro de la vivienda o en su entorno inmediato, e indique cuantos son:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ● 1. Perros | ○ 2. Gato | ○ 3. Porcinos | ○ 4. Bóvidos: Búfalos, vacas, toros | ○ 5. Equidos: Asnos, mulas, caballos, burros | |
| ○ 6. Ovinos / caprino | ○ 7. Aves de producción | ○ 8. Aves ornamentales | ○ 9. Peces ornamentales, hamster | ○ 10. Cobayos, conejos | |
| ○ 11. Animales silvestres | ○ 11. Otro | **94.2** Cuál? perro | **94.3** Registrar Cantidad | 1 | |

## 4.3. Agua y saneamiento básico

**95.** ¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua para consumo humano en la vivienda?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Acueducto administrado por empresa prestadora (ESP) | ○ 2. Agua embotellada o en bolsa | ● 3. Acueducto veredal o comunitario | ○ 4. Pila pública |
| ○ 5. Carro tanque | ○ 6. Abasto con distribución comunitaria | ○ 7. Pozo con bomba | ○ 8. Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno | ○ 9. Laguna o jagüey |
| ○ 10. Río, quebrada, manantial o nacimiento | ○ 11. Aguas lluvias | ○ 12. Aguatero | ○ 13. Otro | **95.2** Cuál |

**96.** ¿Cuál es el sistema de disposición de excretas en la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ● 1. Sanitario conectado al alcantarillado | ○ 2. Sanitario y letrina | ○ 3. Sanitario conectado a pozo séptico | ○ 4. Sanitario ecológico seco | |
| ○ 5. Sanitario sin conexión | ○ 6. Sanitario con disposición a fuente hídrica | ○ 7. Campo abierto | ○ 8. Otro | **96.2** Cuál? |

**97.** ¿Cuál es el sistema de disposición de aguas residuales domésticas en la vivienda?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ● 1. Alcantarillado | ○ 2. Pozo séptico | ○ 3. Campo de oxidación | ○ 4. Biofiltro | ○ 5. Fuente hídrica | ○ 6. Campo abierto |
| ○ 7. Otro | **97.2** Cuál? | | | | |

**98.** ¿Como se realiza la disposición final de los residuos sólidos ordinarios de la vivienda?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Recolección por parte del servicio de aseo distrital o municipal | ○ 2. Enterramiento | ● 3. Quema a campo abierto | |
| ○ 4. Disposición en fuentes de agua cercana | ○ 5. Disposición a campo abierto | ○ 6. Otro | **98.2** Cuál? |

**HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E**

NIT: 824000425 - 6

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**

# DEMANDA INDUCIDA

BOLETAS DE REMISIÓN

FECHA: 12 julio-2024 REGIMEN: Caja copi Subsidiado

NOMBRE: Yisel Nerios -1062958206 EDAD: 20 Años.

PF: X CP: CITOLOGIA:

CYD: AM: ODONTOLOGÍA:

OTROS:

RESPONSABLES:

**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL-CESAR**
**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**
**HOSPITAL SAN JOSE**

**REGISTRO DE ASISTENCIA**

Página_____ de_____

**MUNICIPIO:** BECERRIL | **LUGAR:** estados unidos | **Fecha: D: 12 M: 07 A: 2024** **Hora: 08:00 a 12:00PM**

**ACTIVIDAD**: Realizar dos (2) jornadas de educación y comunicación en salud en la zona rural del municipio donde se promueva el manejo responsable pos - consumo de sustancias y productos químicos asi como su disposición final dirigidas a 20 familias del micro territorio.

**META DEL PRODUCTO PTS:** al 2027 responder a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÒN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | TIPO DE POBLACIÒN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Jose rincon | 957589 | CC | 3107901 | | X | 88 | trabajador | | | | X | EE UU | X | | | | | | | X | | | | | | X | | Jose Rincon |
| 2 | Cristian Sanchez | 1017485507 | CC | 3152041 | | 1 | 69 | trabajador | | | | X | EE UU | | | | | 1 | | | X | | | | | | X | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL-CESAR**
**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**
**HOSPITAL SAN JOSE**

**REGISTRO DE ASISTENCIA**

Página_____ de_____

**MUNICIPIO:** BECERRIL | **LUGAR:** estados unidos | **Fecha: D: 12 M: 07 A: 2024** | **Hora: 08:00 a 12:00PM**

**ACTIVIDAD**: Realizar dos (2) jornadas de educación y comunicación en salud en la zona rural del municipio donde se promueva el manejo responsable pos - consumo de sustancias y productos químicos así como su disposición final dirigidas a 20 familias del micro territorio.

**META DEL PRODUCTO PTS:** al 2027 responder a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÒN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | TIPO DE POBLACIÒN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Jose A. Ascanio | 1069122189 | CC | 3117209115 | | X | 30 | Trabajador | | | | X | EE.UU | | | | | X | | | | X | | | | | X | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL-CESAR**
**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**
**HOSPITAL SAN JOSE**

**REGISTRO DE ASISTENCIA**

Página_____ de_____

**MUNICIPIO:** BECERRIL | **LUGAR:** estados unidos | **Fecha: D: 12 M: 07 A: 2024** **Hora: 08:00 a 12:00PM**

**ACTIVIDAD**: Realizar dos (2) jornadas de educación y comunicación en salud en la zona rural del municipio donde se promueva el manejo responsable pos - consumo de sustancias y productos químicos asi como su disposición final dirigidas a 20 familias del micro territorio.
**META DEL PRODUCTO PTS:** al 2027 responder a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÒN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | | TIPO DE POBLACIÒN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Paola Ramirez | 1006484009 | CC | 3157201720 | - | | 30 | trabajador | | | | x | EEUU | x | | | | | | | x | | | | | | x | | Paola R |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL-CESAR**
**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**
**HOSPITAL SAN JOSE**

**REGISTRO DE ASISTENCIA**

Página_____ de_____

**MUNICIPIO:** BECERRIL | **LUGAR:** estados unidos | **Fecha: D: 12 M: 07 A: 2024** **Hora: 08:00 a 12:00PM**

**ACTIVIDAD**: Realizar dos (2) jornadas de educación y comunicación en salud en la zona rural del municipio donde se promueva el manejo responsable pos - consumo de sustancias y productos químicos asi como su disposición final dirigidas a 20 familias del micro territorio.

**META DEL PRODUCTO PTS:** al 2027 responder a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÒN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | TIPO DE POBLACIÒN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Irene Meneses | 42901102 | C.C | 3164801520 | X | | 65 | ama de casa | | | | ✓ | EE.UU | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | Irene M. |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL-CESAR**
**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**
**HOSPITAL SAN JOSE**

**REGISTRO DE ASISTENCIA**

Página_____ de_____

**MUNICIPIO:** BECERRIL | **LUGAR:** estados unidos | **Fecha: D: 12 M: 07 A: 2024** | **Hora: 08:00 a 12:00PM**

**ACTIVIDAD**: Realizar dos (2) jornadas de educación y comunicación en salud en la zona rural del municipio donde se promueva el manejo responsable pos - consumo de sustancias y productos químicos asi como su disposición final dirigidas a 20 familias del micro territorio.

**META DEL PRODUCTO PTS:** al 2027 responder a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÒN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | TIPO DE POBLACIÒN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Clementina Vega | 39097648 | c.c | 3007081010 | - | | 65 | ama de Casa | | | | - | EE.UU | | | X | | | | | X | | | | | | X | | Clementina |
| 2 | Octavio Castillo | 12591659 | c.c | 3007081100 | | - | 69 | Trabajador | | | | - | EE.UU | | X | | | | | | X | | | | | | X | | Octavio C. |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL-CESAR**
**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**
**HOSPITAL SAN JOSE**

**REGISTRO DE ASISTENCIA**

Página_____ de_____

| **MUNICIPIO:** BECERRIL | **LUGAR:** estados unidos | **Fecha: D: 12 M: 07 A: 2024**<br>**Hora: 08:00 a 12:00PM** |
|---|---|---|

**ACTIVIDAD**: Realizar dos (2) jornadas de educación y comunicación en salud en la zona rural del municipio donde se promueva el manejo responsable pos - consumo de sustancias y productos químicos asi como su disposición final dirigidas a 20 familias del micro territorio.
**META DEL PRODUCTO PTS:** al 2027 responder a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÒN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | TIPO DE POBLACIÒN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indigena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Victor Esteban | 157820171 | C.C | 3157201715 | | X | 28 | Trabajador | | | | ✓ | EE.UU | | | | | | ✓ | | ✓ | | | | | ✓ | | VictorEsteban |
| 2 | Elkin Esteban | 1003987845 | C.C | 3177211011 | | X | 24 | Trabajador | | | | ✓ | EE.UU | | | | | | ✓ | | ✓ | | | | | ✓ | | elkinEsteban |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL-CESAR**
**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**
**HOSPITAL SAN JOSE**

**REGISTRO DE ASISTENCIA**

Página_____ de_____

**MUNICIPIO:** BECERRIL | **LUGAR:** estados unidos | **Fecha: D: 12 M: 07 A: 2024** | **Hora: 08:00 a 12:00PM**

**ACTIVIDAD**: Realizar dos (2) jornadas de educación y comunicación en salud en la zona rural del municipio donde se promueva el manejo responsable pos - consumo de sustancias y productos químicos asi como su disposición final dirigidas a 20 familias del micro territorio.

**META DEL PRODUCTO PTS:** al 2027 responder a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÒN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | TIPO DE POBLACIÒN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Rainit Polo | 92904738 | cc | 3102900710 | - | | 60 | Cafetero | | | | X | cc.w | - | | | | | | - | | | | | | | - | | Rainit Polo |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL-CESAR**
**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**
**HOSPITAL SAN JOSE**

**REGISTRO DE ASISTENCIA**

Página_____ de_____

**MUNICIPIO:** BECERRIL | **LUGAR:** estados unidos | **Fecha: D: 12 M: 07 A: 2024** | **Hora: 08:00 a 12:00PM**

**ACTIVIDAD**: Realizar dos (2) jornadas de educación y comunicación en salud en la zona rural del municipio donde se promueva el manejo responsable pos - consumo de sustancias y productos químicos asi como su disposición final dirigidas a 20 familias del micro territorio.

**META DEL PRODUCTO PTS:** al 2027 responder a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÒN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | TIPO DE POBLACIÒN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Ciro Pacheco | 19665333 | C.C | 3209901709 | | X | 82 | Trabajador. | | | | X | EE.UU | | | | | | X | | | | | X | | | X | |
| 2 | Cielo Duran | 60914611 | C.C | 3209901709 | X | | 59 | Ama de casa | | | | X | EE.UU | | | | | X | | | | | | | | | X | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL-CESAR**
**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**
**HOSPITAL SAN JOSE**

**REGISTRO DE ASISTENCIA**

Página_____ de_____

**MUNICIPIO:** BECERRIL | **LUGAR:** estados unidos | **Fecha: D: 12 M: 07 A: 2024** | **Hora: 08:00 a 12:00PM**

**ACTIVIDAD**: Realizar dos (2) jornadas de educación y comunicación en salud en la zona rural del municipio donde se promueva el manejo responsable pos - consumo de sustancias y productos químicos asi como su disposición final dirigidas a 20 familias del micro territorio.

**META DEL PRODUCTO PTS:** al 2027 responder a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÒN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | TIPO DE POBLACIÒN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Yiseth nerio | 1062958206 | cc | 3207909170 | x | | 20 | estudiante | | | | x | eeuu | | x | | | | | | x | | | | | | x | | Yiseth Nerio |
| 2 | Jose ramos | 3207909170 | cc | 3207909170 | | x | 20 | estudiante | | | | x | eeuu | | x | | | | | | x | | | | | | x | | Jose Ramos |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL-CESAR**
**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**
**HOSPITAL SAN JOSE**

**REGISTRO DE ASISTENCIA** | Página_____ de_____

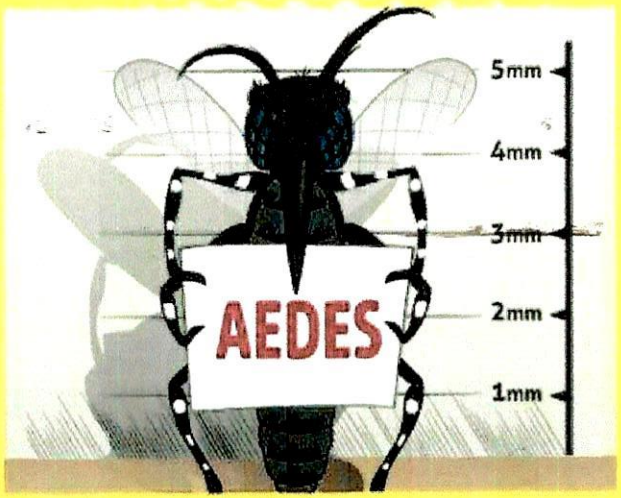
**MUNICIPIO:** BECERRIL | **LUGAR:** estados unidos | **Fecha: D: 12 M: 07 A: 2024** **Hora: 08:00 a 12:00PM**

**ACTIVIDAD**: Realizar dos (2) jornadas de educación y comunicación en salud en la zona rural del municipio donde se promueva el manejo responsable pos - consumo de sustancias y productos químicos asi como su disposición final dirigidas a 20 familias del micro territorio.
**META DEL PRODUCTO PTS:** al 2027 responder a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÒN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | TIPO DE POBLACIÒN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Jose lombana | 18956998 | CC | 3187003401 | | X | 42 | Cafero | | | | X | EEUU | | | | | X | | X | | | | | | | X | | Jose Lombana |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## CONCLUSIÓN

La prevención del dengue es fundamental para proteger nuestra salud y la de nuestros seres queridos. Adoptar prácticas de eliminación de criaderos, protección personal y control de mosquitos no solo reduce el riesgo de contraer dengue, sino que también contribuye a la salud pública en general. Con el compromiso y la cooperación de todos, podemos combatir eficazmente la propagación de esta enfermedad.




E.S.E HOSPITAL SAN JOSE

ALCALDIA MUNICIPAL BECERRIL-CESAR

# SALUD AMBIENTAL



## PLAN DE INTERVENCIONES COLETIVAS PIC-2024

secretaria local de salud

ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERIL-CESAR
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
HOSPITAL SAN JOSE

## REGISTRO DE POBLACIÓN INTERVENIDA

| EJE ESTRATEGICO | ACTIVIDAD | AREA | | LUGAR | ENTORNO | | | | TOTAL de personas intervenidas | SEXO | | CICLO DE VIDA | | | | | | CONDICIÒN | | | | | | TIPO DE POBLACIÒN | | | | | | aseguramiento | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | URBANA | RURAL | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | Masculino | Femenino | 0-5 años | 6-11 años | 12-18 años | 19-26 años | 27-59 años | > 60 años | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | PRIMERA INFANCIA | INFANCIA | ADOLESCENCIA | JUVENTUD | ADULTEZ | ADULTO MAYOR | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. |
| DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD | Realizar cuatro (4) charlas educativas en la zona urbana del municipio para la prevención de la exposición de factores de riesgo de ETV en el ámbito comunitario y control sostenible de focos de ETV, y dos jornadas de aseo en articulación con BIOGER, EMBECERRIL Y Secretaria de Planeación para la recolección de inservibles en puntos álgidos del municipio de Becerril. | X | | BARRIO TRUJILLO | | | | X | 20 | 16 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 |

## META DEL PRODUCTO

Al 2027 responder a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.

## ACTIVIDAD

Realizar cuatro (4) charlas educativas en la zona urbana del municipio para la prevencion de la exposición de factores de riesgo de ETV en el ámbito comunitario y control sostenible de focos de ETV, y dos jornadas de aseo en articulacion con BIOGER, EMBECERRIL Y Secretaria de Planeacion para la recolección de inservibles en puntos álgidos del municipio de Becerril.

# HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E

NIT: 824000425 – 6

Recibi
19/07/2024
Sonia

Becerril - Cesar, 19 de Julio del 2024

Doctora:
**Silvia Rosa Pizarro**
Secretaria De Salud Municipal

Asunto: Invitacion a Charla Educativa Prevencion del DENGUE

Cordial saludo,

En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), nos complace invitarlos a participar en el desarrollo de la siguiente actividad. Realizar cuatro (4) charlas educativas en la zona urbana del municipio para la prevencion de la exposición de factores de riesgo de ETV en el ámbito comunitario y control sostenible de focos de ETV, y dos jornadas de aseo en articulacion con BIOGER, EMBECERRIL Y Secretaria de Planeacion para la recolección de inservibles en puntos álgidos del municipio de Becerril.

LUGAR: Barrio Trujillo

FECHA: 24/JULIO/2024

HORA: 09:00 A.M

Agradecemos de antemano su colaboración y apoyo para difundir esta actividad y fomentar la participación de la comunidad en esta iniciativa tan importante para la salud de todos. Atentamente

Eliana Calixto

**ELIANA CALIXTO**

(TECNICA EN SALUD AMBIENTAL)

# HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E

NIT: 824000425 – 6

Recibí
19-07-24
Samy

Becerril - Cesar, 19 de Julio del 2024

Señora:
**Miladis Capataz**
Saneamiento Ambiental

Asunto: Invitacion a Charla Educativa Prevencion del DENGUE

Cordial saludo,

En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), nos complace invitarlos a participar en el desarrollo de la siguiente actividad. Realizar cuatro (4) charlas educativas en la zona urbana del municipio para la prevencion de la exposición de factores de riesgo de ETV en el ámbito comunitario y control sostenible de focos de ETV, y dos jornadas de aseo en articulacion con BIOGER, EMBECERRIL Y Secretaria de Planeacion para la recolección de inservibles en puntos álgidos del municipio de Becerril.

LUGAR: Barrio Trujillo

FECHA: 24/JULIO/2024

HORA: 09:00 A.M

Agradecemos de antemano su colaboración y apoyo para difundir esta actividad y fomentar la participación de la comunidad en esta iniciativa tan importante para la salud de todos. Atentamente

Eliana calixto

**ELIANA CALIXTO**

(TECNICA EN SALUD AMBIENTAL)

# HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E

NIT: 824000425 – 6

Recibí
19-07-24
Samy

Becerril - Cesar, 19 de Julio del 2024

Señora:
**Stefanny Torres**
Vigilante Salud Publica

Asunto: Invitacion a Charla Educativa Prevencion del DENGUE

Cordial saludo,

En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), nos complace invitarlos a participar en el desarrollo de la siguiente actividad. Realizar cuatro (4) charlas educativas en la zona urbana del municipio para la prevencion de la exposición de factores de riesgo de ETV en el ámbito comunitario y control sostenible de focos de ETV, y dos jornadas de aseo en articulacion con BIOGER, EMBECERRIL Y Secretaria de Planeacion para la recolección de inservibles en puntos álgidos del municipio de Becerril.

LUGAR: Barrio Trujillo

FECHA: 24/JULIO/2024

HORA: 09:00 A.M

Agradecemos de antemano su colaboración y apoyo para difundir esta actividad y fomentar la participación de la comunidad en esta iniciativa tan importante para la salud de todos. Atentamente

Eliana calixto

**ELIANA CALIXTO**

(TECNICA EN SALUD AMBIENTAL)

# HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E

NIT: 824000425 – 6

Becerril - Cesar, 19 de Julio del 2024

Señora:
**Luciana Sanchez Romero**
Presidenta de la J.A.C Barrio Trujillo

Recibido: Luciana Sanchez 19-07-2024

Asunto: Invitacion a Charla Educativa Prevencion del DENGUE

Cordial saludo,

En el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), nos complace invitarlos a participar en el desarrollo de la siguiente actividad. Realizar cuatro (4) charlas educativas en la zona urbana del municipio para la prevencion de la exposición de factores de riesgo de ETV en el ámbito comunitario y control sostenible de focos de ETV, y dos jornadas de aseo en articulacion con BIOGER, EMBECERRIL Y Secretaria de Planeacion para la recolección de inservibles en puntos álgidos del municipio de Becerril.

LUGAR: Barrio Trujillo

FECHA: 24/JULIO/2024

HORA: 09:00 A.M

Agradecemos de antemano su colaboración y apoyo para difundir esta actividad y fomentar la participación de la comunidad en esta iniciativa tan importante para la salud de todos. Atentamente

Eliana Calixto

**ELIANA CALIXTO**

(TECNICA EN SALUD AMBIENTAL)

| | | |
|---|---|---|
| | **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024**<br>**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL**<br>**HOSPITAL SAN JOSE** | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **EJE ESTRATEGICO** | DETERMINANTES DE LA SALUD | | | | | | | |
| **META DEL PRODUCTO ANUAL** | Al 2027 responder a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio. | | | | | | | |
| **ESTRATEGIA PTS:** | Implementar acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo en poblaciones vulnerables a procesos ambientales del cambio climático | | | | | | | |
| **LUGAR:** | Barrio Trujillo | | **FECHA** | 24/Julio/2024 | **HORA INICIO** | 09: 00 A:M | | |
| | | | | | **HORA FINAL** | 10:30 A:M | | |
| **TIPO DE ACTIVIDAD:** | **JORNADAS** | | **REUNION** | X | **CONCERTACION** | | **CARACTERIZACION** | |
| | **Reunión** | | **Capacitación** | | **Otra/cual:** | | | |
| **ACTIVIDAD** | Realizar cuatro (4) charlas educativas en la zona urbana del municipio para la prevención de la exposición de factores de riesgo de ETV en el ámbito comunitario y control sostenible de focos de ETV, y dos jornadas de aseo en articulación con BIOGER, EMBECERRIL Y secretaria de Planeación para la recolección de inservibles en puntos álgidos del municipio de Becerril. | | | | | | | |
| **ENTORNO:** | Comunitario | | | | | | | |
| **OBJETIVOS:** | Implementar el programa de promoción, prevención y control de las ETV, en procura de contribuir a la reducción de la carga económica y social producida por la morbilidad, discapacidad, complicaciones y mortalidad. | | | | | | | |
| **POBLACIÓN OBJETIVO:** | **1.Objetivo General**<br>Implementar el programa de promoción, prevención y control de las ETV, metas y objetivos relacionados con la salud ambiental. | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| | **2.Perfil de la Población Objetivo**<br>Personas de la comunidad en general del municipio.<br>•**Objetivos Específicos:** Disminuir la tasa de ETV del municipio |
| **LOGROS:** | Se observó un aumento significativo en la conciencia de los asistentes sobre la importancia de prevenir las ETV y cómo identificar y eliminar criaderos de vectores.<br>La participación de los asistentes en las charlas fue alta. |
| **DIFICULTADES:** | No hubo casi participación de los asistentes en la actividad. |

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD**

## Planteamiento

Para la realización de la actividad, por medio presencial se coordinó con la señora Lucina Sánchez presidenta del barrio Trujillo encargado de del municipio para la organización de la actividad por parte de plan intervenciones colectivas (PIC) del hospital san José.

El día 19 de de Julio del 2024 se informan por medios de oficios formalmente a los entes gubernamentales para la participación de la actividad, se invita a secretaria de Salud del Municipio (Silvia Pizarro), a la presidenta del barrio Trujillo (Lucina Sanchez), a la coordinadora de Salud Pública (Estefany Torres),y a la referente de la dimensión de Salud Ambiental (Mileidis Capataz).

### INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de transmisión vectorial son enfermedades humanas provocadas por bacterias, parásitos o virus que son transmitidos por vectores. Cada año se registran más de 700 000 muertes por enfermedades como el paludismo, el dengue, la esquistosomiasis, la tripanosomiasis africana humana, la leishmaniasis, la enfermedad de Chagas, la fiebre amarilla, la encefalitis japonesa y la oncocercosis.
La mayor carga de estas enfermedades, que afectan de forma desproporcionada a las poblaciones más pobres, corresponde a las zonas tropicales y subtropicales. Desde 2014, grandes brotes de dengue, paludismo, fiebre chikungunya, fiebre amarilla y enfermedad por el virus de Zika han azotado a diferentes poblaciones, cobrándose vidas y abrumando los sistemas de salud en muchos países. Otras enfermedades de este tipo, como la fiebre chikungunya, la leishmaniosis y la filariasis linfática, provocan sufrimientos crónicos, morbilidad para toda la vida, discapacidad y estigmatización ocasional. La distribución de las enfermedades de transmisión vectorial está determinada por un conjunto complejo de factores demográficos, medio ambientales sociales.

## DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

El dia 24 de Julio del 2024 se da inicio a la actividad siendo las 07:00 A.M, donde se contó con la participación de 20 personas de género masculino y femenino, se realizó una breve presentación. Para la ejecución de la actividad se dio una charla educativa.
Con base contextual se dio dicha información:

### ¿QUE ES ETV?

Las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) son aquellas enfermedades infecciosas propagadas por algunos organismos, como por ejemplo los insectos que transportan virus, parásitos y bacterias a humanos; dentro de la dinámica de la transmisión y enfermedad existen aspectos culturales, sociales, económicos y ambientales que determinan el comportamiento de la morbilidad y mortalidad por infecciones de vectores, lo cual hace que el análisis de dicho ciclo sea más complejo, es entonces que la salud ambiental como disciplina permite comprender dichos factores que además tienen en cuenta los aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida y el bienestar social, que son determinados por factores sociales y Psico-sociales, ambientales, físicos; químicos y biológicos.

### ¿QUÉ PROPONES PARA DISMINUIR LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES POR VECTORES EN TU COMUNIDAD?

Como parte de las acciones preventivas, se debe usar repelentes y ropa adecuada para evitar picaduras de mosquitos; así como disponer de manera correcta los desechos comúnmente empleados en paseos, como portacomidas, vasos o botellas, porque son potenciales sitios de reproducción del zancudo.

### ¿CÓMO PREVENIR LAS ETV?

Entre las recomendaciones se seguirá reforzando los mensajes de tener agua limpia en recipientes tapados; mantener la casa limpia, dar un tratamiento adecuado a las excretas, las aguas residuales y los residuos sólidos; y evitar tener aguas estancadas en barriles, llantas, recipientes para mascotas y tapas de botellas.

### PROMOCIÓN PREVENCIÓN Y CONTROL EN ETV

Se enfoca también en labores de prevención, promoción y control de las enfermedades transmitidas por vectores, siendo la vigilancia y control de vectores de interés una unidad fundamental en la parte de entomología en el programa, encontrándose el mosquito Aedes aegypti como una de las especies más monitoreadas, puesto que cuando este insecto se encuentra infectado con virus por medio su picadura lo puede transmitir a las personas, esta especie causa enfermedades como el dengue, zika, chikungunya, etc; y según la OMS "Una persona puede infectarse con el virus del dengue hasta cuatro veces durante su vida" por lo

que además la prevención y promoción son importantes pilares, cabe resaltar que dentro de esos enfoques se integran diferentes actores o profesionales que intersectorialmente contribuyen al correcto desarrollo de las actividades, dentro de las cuales se tienen funciones como:

- Adaptar, adoptar e implementar según el análisis epidemiológico, atenciones individuales, colectivas y poblacionales mediante el desarrollo de rutas de atención integral en salud de promoción y mantenimiento de la salud y aquellas específicas para las ETV
- Elaborar y concertar la elaboración e implementación de los planes operativos regulares y contingenciales de acción a partir del análisis de situación de las ETV de acuerdo a la focalización y estratificación para la ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de promoción, prevención y control.

**DENTRO DE LAS ETV QUE ACTUALMENTE SE VIGILAN, SE DEFINEN:**

**La Enfermedad de Chagas** (tripanosomiasis americana), es un enfermedad potencialmente mortal causada por el parásito protozoo Tripanosoma cruzi. Se encuentra sobre todo en América Latina.

**Dengue**, es una infección vírica transmitida por mosquitos. Causa síntomas gripales y en ocasiones evoluciona hasta convertirse en un cuadro potencialmente mortal llamado dengue grave.

**La Fiebre amarilla**, es una enfermedad vírica aguda, hemorrágica, transmitida por mosquitos infectados. El término "amarilla" alude a la ictericia que presentan algunos pacientes. El virus es endémico en las zonas tropicales de África y América Latina.

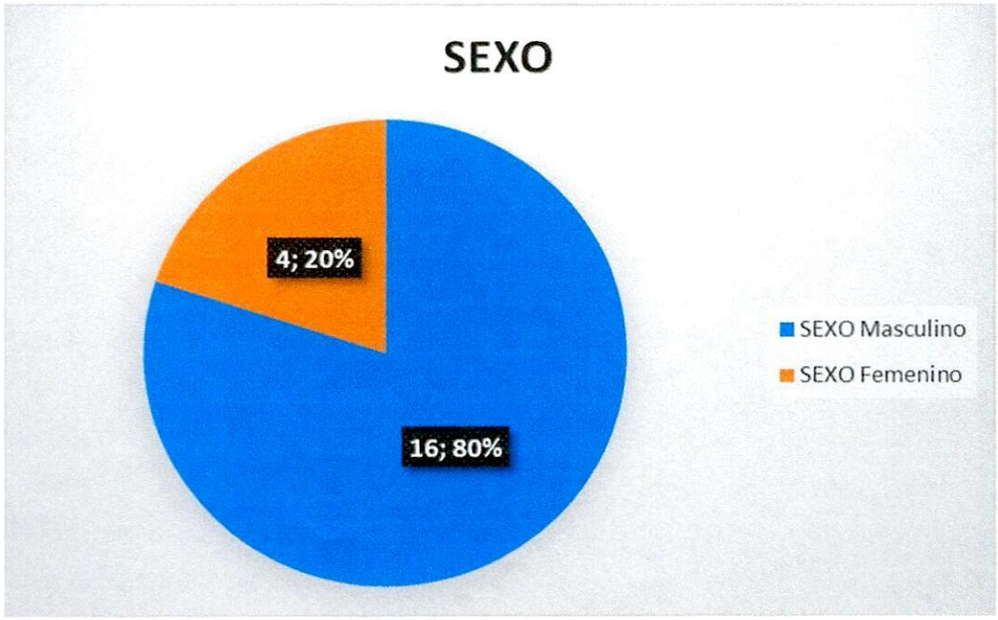
**El Paludismo** (Malaria), es causado por un parásito denominado Plasmodium que se transmite a través de la picadura de mosquitos infectados. En el organismo humano, los parásitos se multiplican en el hígado y después infectan los glóbulos rojos.

**Leishmaniasis** es una enfermedad que afecta la piel, las mucosas y las vísceras, resultante del parasitismo de los macrófagos por un protozoario flagelado del género Leishmania, introducido al organismo por la picadura de un insecto flebótomo hembra, que pertenece al género Lutzomyia.

**Chikungunya**, es una enfermedad emergente transmitida principalmente por las hembras de mosquitos Aedes aegypti, la misma especie involucrada en la transmisión del dengue, el zika y la fiebre amarilla.

Una vez finalizada la charla educativa se interactuó con las personas que se encontraban se despejaron dudas e inquietudes, finalizo la actividad siendo las 10:30 A.M con la participación de 20 personas se hizo entrega de folletos educativo.

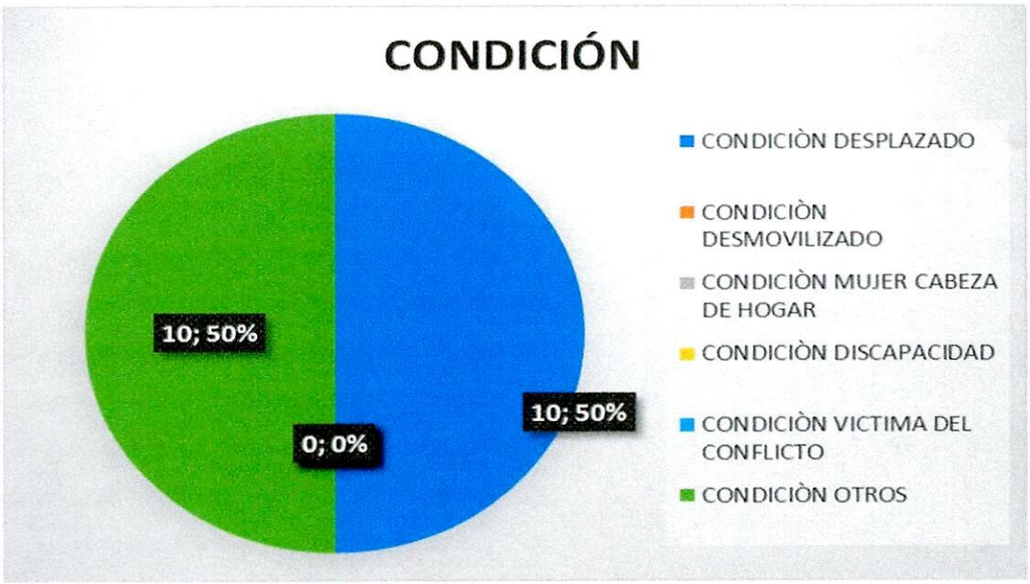
**CARACTERIZACION:** Se abordaron en total 20 personas de género femenino y masculino.




**INTERPRETACIÓN:** Se obtuvo que de los 20 participantes, de los cuales la mayor parte 16 (80%) personas pertenecen al sexo MASCULINO y 4 (20%) personas pertenecen al sexo FEMENINO.



**INTERPRETACIÓN:** Se obtuvo que de los 20 participantes, todos pertenecen al rango de edad ADULTEZ (entre 27-59 años).




**INTERPRETACION:** Se obtuvo que de los 20 participantes, tuvieron la mismas parte 10 (50%) personas pertenecen a la OTRAS CONDICIONES y las otras 10 (50%) personas pertenecen a DESPLAZADOS.



**INTERPRETACIÓN:** Se obtuvo que de los 20 participantes 3 pertenecen a la POBLACION AFRODESCENDIENTE.




**INTERPRETACIÓN:** Se obtuvo que de las 20 (100%) participantes todos pertenecen al REGIMEN SUBSIDIADO.

## Conclusión

Las actividades realizadas en el municipio de Becerril para la prevención de ETV y el control de focos de vectores han mostrado resultados positivos en términos de conciencia comunitaria y mejoras ambientales. La combinación de charlas educativas y jornadas de aseo ha demostrado ser efectiva para abordar los riesgos asociados con las ETV. A pesar de las dificultades encontradas, la colaboración entre diferentes instituciones y la participación de la comunidad han sido clave para el éxito de estas iniciativas.

**HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E**

NIT: 824000425 - 6

**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**

# DEMANDA INDUCIDA

BOLETAS DE REMISIÓN

FECHA: 24/julio-2024 REGIMEN: SUBSIDIADO CAJA COPI

NOMBRE: Emilse Vargas - 12505990 EDAD: 37 AÑOS

PF: _____ CP: _____ CITOLOGIA: X.

CYD: _____ AM: _____ ODONTOLOGÍA: _____

OTROS: _____

RESPONSABLES: _____

**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL-CESAR**
**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**
**HOSPITAL SAN JOSE**

**REGISTRO DE ASISTENCIA** | Página_____ de_____

**MUNICIPIO:** BECERRIL | **LUGAR:** Barrio trujillo | **Fecha: D: 24 M: 07 A: 2024** **Hora: 09:00**

**ACTIVIDAD:** Realizar cuatro (4) charlas educativas en la zona urbana del municipio para la prevencion de la exposición de factores de riesgo de ETV en el ámbito comunitario y control sostenible de focos de ETV, y dos jornadas de aseo en articulacion con BIOGER, EMBECERRIL Y Secretaria de Planeación para la recolección de inservibles en puntos álgidos del municipio de Becerril
**META DEL PRODUCTO PTS**: al 2027 responder a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÒN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | TIPO DE POBLACIÒN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Efrain Mercado | 10771791 | CC | 311783 5638 | | X | 43 | OFICIOS VAIOS | | | | X | Santo tomas | | | | | | X | | | | | | | | X | | Efrain M |
| 2 | Jose Nuñez Barrera | 12710199 | CC | 313804 5085 | | X | 50 | Comerciante | | | | X | Carmen | | | | | | X | | | | | | | | X | | Jose Nuñez |
| 3 | Gustavo Amaya | 5918858 | CC | 313653 6479 | | X | 39 | trabajador | | | | X | Sicolas | | | | | | X | | | | | | | | X | | |
| 4 | Emilse Vargas | 12565990 | CC | 311422 8442 | X | | 37 | trabajador | | | | X | 1 mayo | | | | | | X | | | | | | | | X | | Emilse |
| 5 | Alexis Oruano | 1124016278 | CC | 302220 3650 | | X | 41 | trabajador | | | | X | San Jose | X | | | | | | | | | | | | | X | | Alexis O |
| 6 | Julio Marquez | 51569123 | CC | 11 | | X | 46 | De se empleado | | | | X | San martin | X | | | | | | | | | | | | | X | | Julio M |
| 7 | Francisco Galvis | 6792908 | CC | 310741 3187 | | X | 39 | trabajador | | | | X | Brisas m | X | | | | | | | | | | | | | X | | Francisco |
| 8 | Jorge Bonilla | 4974427 | CC | 313719 3609 | | X | 50 | De Sempleado | | | | X | mailig H | X | | | | | | | | | | | | | X | | Jorge Bonilla |
| 9 | Angela Ortiz | 99265816 | CC | 320940 8610 | X | | 33 | Desempleado | | | | X | San Jose | X | | | | | | | | | | | | | X | | Angela O |
| 10 | Carlos Martinez | 9264681 | CC | 318497 4055 | | X | 45 | trabajador | | | | X | Carmen | X | | | | | | | | | | | | | X | | Carlos M. |

**ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL-CESAR**
**SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL**
**HOSPITAL SAN JOSE**

**REGISTRO DE ASISTENCIA** | Página_____ de_____

| **MUNICIPIO:** BECERRIL | **LUGAR:** Barrio Trujillo | **Fecha: D: 24 M: 07 A: 2024**<br>**Hora: 09:00** |
|---|---|---|

**ACTIVIDAD:** Realizar cuatro (4) charlas educativas en la zona urbana del municipio para la prevencion de la exposición de factores de riesgo de ETV en el ámbito comunitario y control sostenible de focos de ETV, y dos jornadas de aseo en articulacion con BIOGER, EMBECERRIL Y Secretaria de Planeación para la recolección de inservibles en puntos álgidos del municipio de Becerril
**META DEL PRODUCTO PTS**: al 2027 responder a las necesidades en salud de la población con participación de los actores estratégicos del territorio.

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÒN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | TIPO DE POBLACIÒN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Ramon Bonel | 3189103900 | c.c | 3135286884 | | x | 44 | Trabajador | | | | x | Villa Lut | | | | | | x | | x | | | | | x | | | RamonB |
| 2 | Hector Garcia | 12565199 | c.c | 3126832934 | | x | 50 | empleado | | | | x | San jose | | | | | | x | | x | | | | | x | | | HectorGARCIA |
| 3 | William Molina | 12565253 | c.c | 3125203079 | | x | 49 | desempleado | | | | x | 1 Mayo | | | | | | x | | x | | | | | x | | | WilliamM |
| 4 | Manuel Martinez | 22514435 | c.c | 3135905060 | | x | 37 | Comerciante | | | | x | Carmen | | | | | | x | | | | | | | x | | | manuelm |
| 5 | Alcide Peña | 12565022 | c.c | 3009205657 | | x | 39 | Independiente | | | | x | 13 febrero | | | | | | x | | | | | | | x | | | AlcidePeña |
| 6 | Sofia Jimenez | 49799428 | c.c | 3157722470 | x | | 46 | Ama de Casa | | | | x | 7 Agosto | | | | | | x | | | | | | | x | | | SofiaJimenez |
| 7 | Celso Ospino | 8015626 | c.c | 3195806070 | | x | 35 | OF. varios | | | | x | Marilis H | x | | | | | | | | | | | | x | | | CelsoO |
| 8 | Pedro Munoz | 76111019 | c.c | 3208301047 | | x | 48 | Trabajador | | | | x | 1 Mayo | x | | | | | | | | | | | | x | | | PedroMunoz |
| 9 | Wilson Campo | 8015505 | c.c | 3155505670 | | x | 42 | Trabajador | | | | x | Trujillo | x | | | | | | | | | | | | x | | | wilson |
| 10 | Angelada Mol. | 49693903 | c.c | 3126502038 | | x | 40 | Ama de Casa | | | | x | Trujillo | x | | | | | | | | | | | | x | | | Angelada |

## CONSEJOS PRÁCTICOS

- **Revise su hogar**: Inspeccione su hogar y jardín regularmente en busca de lugares donde pueda acumularse agua.
- **Utilice repelentes:** Aplique repelentes de insectos en la piel y ropa, especialmente durante las horas pico de actividad de vectores.
- **Vacunación y prevención**: Mantenerse informado sobre las vacunas disponibles para prevenir enfermedades transmitidas por vectores.

## CONCLUSIÓN

La prevención de las enfermedades transmitidas por vectores es tarea de todos. Con pequeñas acciones cotidianas y un compromiso comunitario, podemos reducir el riesgo de exposición y controlar los focos de ETV de manera sostenible.

**¡Juntos, cuidemos nuestra salud y la de nuestra comunidad!**

## ¡ PREVENCION !

prevención de la exposición de factores de riesgos ETV en el ámbito comunitario



E.S.E HOSPITAL SAN JOSE

ALCALDIA MUNICIPAL BECERRIL-CESAR

# PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC - 2024

# SALUD AMBIENTAL

SECRETARIA LOCAL DE SALUD

