FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR										Versión 3 30/04/2024
Municipio: Santa Rosa de Cabal			barrio o vereda : La Eugenia		DIRECCION: Manzana U *#392*					FICHA FAMILIAR NUMERO.2024340
V1	DIA	MES	AÑO	V2	DIA	MES	AÑO	V3	DIA	MES	AÑO
	30	7	2024								
Responsable 1: Antonio Oviedo Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			
Nombre del Jefe del Hogar: LUIS NORBEY MUÑOZ				NOMBRE DE QUIEN RECIBE: MARIA YANETH SILVA				N° telefono contacto: 3148058132			

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	Se realiza visita de caracterización e identificación de riesgo de la familia en general
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

Tipos de riesgo en los hallazgos: Alto. A Medio. M Bajo. B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	No permite el ingreso a la vivienda	LA ESCTRUCTURA DE LA VIVIENDA SIN RIESGO APARENTE. CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS PUBLICOS,RECIBE LA VISITA EN LA PUERTA TIENE 1 PERRO VACUNADO DESPARACITADO Y ESTERILIZADO, IMC 36 OBESIDAD II, CON ACTIVIDAD LUCRATIVA DENTRO DE LA VIVIENDA (arreglo de ropa) CON DISPOCISION DE RESIDUOS ADECUADOS, APARENTE AMBIENTE PSICOLOGICO Y SOCIAL ADECUADO	A M X	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1		USUARIA QUIEN RECIBE LA VISITA EXPRESA QUE SUFRE DE EPOC. ASISTE CON FRECUENCIA AL MEDICO, CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE HTA, DIABETES, SE REMITE AL PROGRAMA DE RUTA DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO SE EDUCA SOBRE AUTOEXAMEN DE SENO , SIGNOS DE ALARMA , BUENOS HABITOS ALIMENTICIOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE	A M X	A M B	A M B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B
5			A M B	A M B	A M B
6			A M B	A M B	A M B
7			A M B	A M B	A M B
8			A M B	A M B	A M B
9			A M B	A M B	A M B
10			A M B	A M B	A M B

DILIGENCIADO

POR: _____

Nombre y Apellidos Antonio Oviedo

ACOMPAÑADO

POR: _____

Nombre y Apellidos Liliana Marin

Profesión:

Profesión: