PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio:SANTA ROSA DE CABAL	Barrio o Vereda :BARRIO LA HERMOSA, LINARES	Dirección:CARRERA 25 27B 02	Ficha familiar No.202440

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	27	5	2024	V2				V3			

Responsable 1: ANTONIO OVIEDO Responsable 2: ISABEL CRISTINA LOPEZ	Responsable 1: Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:

Nombre del Jefe del hogar :REINELIO LOPEZ O.	Nombre de quién recibe la visita: ADRIAN LOPEZ G.	N° telefono contacto :3146910447

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DE CARACTERIZACION E IDENTIFICACION DE RIESGOS DE LA FAMILIA EN GENERAL Y DE CADA INDIVIDUO QUE LA CONFORMA.
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	**VIVIENDA EN ADECUADAS CONDICIONES HABITACIONALES**	SE ENCUENTRA UNA ESTRUCTURA FISICA DE LA VIVIENDA SIN RIESGO, EN ADECUADAS CONDICIONES, TALES COMO PISO, TECHO, PAREDES INTEGRAS, CUENTA CON SERVICIO DE SANITARIO, ELECTRICIDAD Y DISPOSICION DE RESIDUOS ADECUADOS, NO PRESENCIA DE ROEDORES . TIENE ACTIVIDAD LUCRATIVA DENTRO DE LA VIVIENDA, VENTA DE PRODUCTOS DE BELLEZA , NO ALMACENAN QUIMICOS EN ESTA. UN AMBIENTE PSICOLOGICO SIN RIESGO Y UN AMBIENTE SOCIAL ADECUCADO, TENIENDO EN CUENTA QUE HACEN USO DE LAS ESTRUCTURAS DEL BARRIO, PARTICIPAN EN GRUPOS Y SOCIALIZAN CON SUS VECINOS , NO MASCOTAS .	A M B	A M B	A X 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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	**ADULTOS PADRE E HIJO QUE VIVEN SOLOS .HIJO FUMADOR**	SE ENCUENTRA EN LA VIVIENDA DULTOS PADRE E HIJO ,PADRE DE 86 AÑOS CON HTA Y DISLIPIDEMIA EN MANEJO , EXAMEN DE PROSTATA RECIENTE CON IMC EN SOBREPESO , ADULTO DE 56 AÑOS FUMADOR DE 20 CIGARROS DIARIOS , MANIFIESTA NO TIENE NINGUNA ENFERMEDAD , NO LE HAN REALIZADO EL EXAMEN DE PROSTATA SE BRINDA EDUCAION SOBRE LOS EFECTOS NOCIVOS DE EL CIGARRILLO , SE RECOMENDA SOLICITAR CITA MEDICA PARA INICIAR UN PROCESO PARA DEJAR DE FUMAR , SE INDICA PUEDE ASISTIR A EL PUESTO DE SALUD DE EL BARRIO DONDE SE BRINDA ATENCION MEDICA, SE DA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE EL AUTO CUIDADO LOS BUENOS HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES ELIMINAR DE LA ALIMENTACION DIARIA , HARINAS , AZUCARES Y PRODUCTOS PROCESADOS Y AUMENTAR EL CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS Y LA INGESTA DE AGUA , COMO TAMBIEN REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 30 MINUTOS DIARIOS ,SE INFORMA SOBRE LOS PROGRAMAS DE SALUD A LOS QUE TIENE DERECHO,SE REMITE A ATENCION A EL ADULTO.	A X M B	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
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
Profesión: ENFERMERO

ACOMPAÑADO POR:

Nombre y Apellidos: ISABEL CRISTINA LOPEZ
Profesión: