INFORME 1 PIC DEPARTAMENTAL BALBOA RISARALDA 2024

OBLIGACION 1
CARACTERIZACION
APS

ZONA RURAL
KARABIDRUA

FOLIO V

DUPLA 1

EBS 2	NOMBRE COMPLETO
PROFESIONAL DE ENFERMERIA	BRENDA YULIZA CARDENAS SUAREZ
AUXILIAR DE ENFERMERIA	MARLLI ALEJANDRA ECHEVERRI AGUDELO

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

1. IDENTIFICACION

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Balboa	Rural		Llano grande	Resguardo

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR				
GEOREFENCIACION	LATITUD	4,9802031	LONGITUD	-75,9563859.
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	826	FAMILIA	1	COHORTE	A
FECHA VISITA	6-7-24				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	-1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO: C2
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Vereda Llano Grande - Balboa Rsda.
TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA												
AÑO												

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

2. PERSONAS AUSENTES

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	SEXO – (M/F)	EDAD Unidad (días / meses / años)	ESTADO – (Activo/Inactivo)

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

3. PERSONAS DE LA FAMILIA

1.Unión libre 2. Casado 3. Viudo 4. Separado o divorciado

1.Jefe 2. Conyugue o compañero 3. Hijos 4. nietos 5. Padres 6. Hermanos 7. Yerno o nuera 8. Abuelos 9. Suegros 10. Tios 11. Sobrinos 12. Primos 13. Cuñados 14. Otros parientes 15.No.parientes 16.Servicio doméstico/cuidandero 17.Pariente servicio doméstico/cuidan

No.	IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIEMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
	tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI/N o				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
1	CC	4527655	Oscar	de Jesus	Navarra	Onogama	M	6-2-60	64	3	1	1	1	SI	5	7	0	NO	1	Asmet Salud	1	SI	NO	-	NO	NO	NO	
2	CC	25007445	Maria	ligia	Aisama	Navarra	F	26-12-64	57	3	1	2	1	SI	5	4	0	NO	1	Asmet Salud	1	SI	NO	-	NO	NO	NO	
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

Tipo Documento
CC- Cedula de Ciudadania
CE – Cedula de Extranjeria
PA – Pasaporte
RC- Registro Civil
TI – Tarjeta de Identidad
NT – No Tiene

Unidad de Medida
1- Días
2 – Meses
3 – Años

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Técnico o Tecnológico
4- Universidad
5- Posgrado 0 - Ninguno

Actividad Último Mes:
0 – Sin Actividad
1- Trabajando
2- Buscando Trabajo
3- Estudiando
4- Oficios en el Hogar
5- Rentista
6- Jubilado
7- Invalido

Tipo de Usuario
1- Subsidiado
2- Contributivo
3- Pobre no Asegurado
4- Particular
5- Régimen Especial

ETNIAS
0. No aplica
1. Indígena
2. ROM(GITANO)
3. Raizal (Archipiélago San Andrés y Providencia)
4. Palanquero de san Basilio
5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendientes

Por enfermedad, accidente o nacimiento tiene alguna de las siguientes condiciones de Forma permanente
1- Ceguera Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para moverse o caminar por sí mismo
5- Dificultad para bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo
6- Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañía
7- Dificultad para aprender o entender

Tipo de Discapacidad
1- Patológica
2- Accidente Laboral
3- Accidente de Tránsito
4- Enfermedad Profesional
5- Violenta
6- Desconocido

Ha asistido a programas de rehabilitación de acuerdo a la discapacidad.
1 – Si
2 – No
3 – No aplica

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

4. AMBIENTE FISICO

TIPO DE VIVIENDA
1.Casa o Apartamento
2.Cuarto
3.Otro tipo
4.Casa Indigena ✓

TENENCIA
1. Arriendo
2. Propia Pagando
3. Propia Pagada
4. Otra Condición ✓

TIPO DE ALUMBRADO PRINCIPAL
1. Electricidad ✓
2. Solar, Bioenergía, Otros
3.Gas Propano (cilindro)
4.Kerosene, Petróleo, Gasolina, Cocinol, Alcohol
5.Vela
6.Ninguno

SERVICIO SANITARIO
1. Inodoro con conexión a alcantarillado
2. Inodoro con conexión a pozo séptico
3. Inodoro sin conexión
4. Letrina o Bajamar
5. No tiene ✓

DE DONDE SE TOMA EL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO
1.Acueducto ✓
2.Pozo con Bomba
3.Pozo sin Bomba, Jagey
4.Agua Lluvia
5.Rio, quebrada, manantial, nacimiento
6.Pila Publica
7.Carro tanque
8.Aguatero
9.Donación

ESTRATO
1.Bajo bajo ✓
2.Bajo
3.Medio bajo
4.Medio
5.Medio Alto
6.Alto

RIESGO DE VIVIENDA
1. Vivienda con riesgo de deslizamiento NO
2. Vivienda con riesgo de inundación NO
3. Vivienda con riesgo de colapso NO
4. Número de personas por habitación 2

UBICACIÓN SANITARIO
1.Dentro
2.Fuera
3.No Aplica ✓

AGUA CASERA
1.Sin tratamiento
2.Clorada ✓
3.Filtrada
4.Hervida
5.Clarificación
6.Asoleo

RESERVORIOS DE AGUA
1. Cuantos
2. Positivos
3. Tanque bajo
4. Tanque cubierto
5. Angeos en puertas y ventanas Bioclimático
6. Uso de toldillos

MATERIAL PREDOMINANTE EN PISO
1. Alfombra o Tapete
2. Mármol, Parque, Madera pulida, Baldosa, Vinilo, Mineral, Tableta o ladrillo
3. Madera burda, Madera en mal estado, Esterilla
4. Tierra o Arena ✓
5. Esterilla
6. Otro

Estado del piso
bueno
malo

MATERIAL PREDOMINANTE EN TECHO
1. Deshechos
2. Paja o Palma.
3. Teja de barro, Zinc, Plástico, Plancha ✓
4. Asbesto

CIELO RASO?
SI/NO
CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO

Estado del techo
bueno ✓
malo

MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES
1. Bloque, Ladrillo, Madera
2. Tapia pisada, adobe
3. Bahareque
4. Material prefabricado
5. Madera burda, Tabla, Tablón
6. Guadua, Caña, Esterilla, Otro vegetal ✓
7 .Zinc, tela, Cartón, Latas, Deshechos, Plásticos
8. Sin Paredes

Grietas en paredes SI/NO SI

ESTADO DE LA COCINA
1. Presencia humo de leña SI
2. Cocina aislada de los dormitorios
3. Cocina aislada del sanitario
4. Tiene nevera
5. Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas

RESIDUOS SOLIDOS ALMACENAMIENTO
1. Bolsas Plásticas
2.Costal o Estopa ✓
3.Canecas Con tapa
4.Caneca Sin tapa
5.Suelo

DISPOSICIÓN
1.La recogen los servicios de aseo
2.La entierra
3. La queman ✓
4. La tiran al patio, lote, zanja o baldío
5.La tiran al rio, caño, quebrada, laguna
6.La eliminan de otra forma

APROVECHAMIENTO (DE LOS RESIDUOS SOLIDOS)
1. Lombricultivo
2.Abono ✓
3.Reciclados
Separado de la Fuente

LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE

Energia eléctrica	✓	Alcantarillado	
Gas Natural Domiciliario		Teléfono	
Recolección de Basura		Acueducto	✓

OTROS DATOS ADICIONALES

Actividad lucrativa dentro de la vivienda NO — Nombre de la actividad

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA

Detergente	✓	Gasolina o inflamable	
Pólvora		Plaguicidas	
Agroindustrial		Adecuado	✓

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA

Consume medicamentos bajo fórmula médica SI/NO SI
Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad SI/NO SI
¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? SI/NO SI

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedores SI/NO
PERROS	0	0	0	0	0	0	0		SI
GATOS	0	0	0	0	0	0			Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	3	PORCINOS	6				NO
OTROS	0	CUALES:	0						

6. AMBIENTE PSICOLOGICO (Aplica solo para personas mayores de 10 años).

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen en la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se asea 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otra grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o mantiene con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	1	no	no	no	no	no	no	no	no	no
2	2	no	no	no	no	no	no	no	no	no
3										
4										
5										
6										

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO.	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso espacios comunitarios por parte de los niños	Consideró en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención psicológica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontológica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Caseta comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Oración	4. Veeduría	6. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Oscar	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
2	ligia	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud		Otro / Cuál?	Pertenecen al programa
1	0			5

1. Nuclear
2. Monoparental
3. Extensa
4. Reconstituida
5. Persona sola.

1. Ampliado de Inmunizaciones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Bucal.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Crónicas.
8. DLS o Secretaría.
9. TBC y Lepra
10. Seguridad Laboral
11. Zoonosis y ETV.
12. Emergencias y Desastres
13. Salud Ambiental.
14. Prestación de Servicios.
15. Hospital.
16. Otro.
17. Dirección local de Salud.

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción.
3. Juntas de Acción Comunal.
4. Media Pensión.
5. Ninguno

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

8. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asiste a control prenatal	No. de controles	Asiste a curso psicoprofilactico	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT multiple	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabete s	3.Precient pala	4.Gestad on multipla	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable de parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo se calculará automaticamente al guardar el	Tensión arterial	Movimientos fetales

Tipo de sangre	ANTECEDESTES OBSTETRICOS										Antecedente embarazo anterior (último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Riesgo biológico	Intervalo intergenésico	Historia Gestacional						Estado actual de los hijos		Diabetes gestacional	Hipertensión materna	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Sufrimiento fetal	Muerte neonatal	R.C.I.U.	Fecha último parto	Tipo parto	Serología	FTA-AB	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Micronutrientes			Por qué no los toma?	Síntomas de alarma					Presencia de síntomas de alarma	Remitir a						
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de liquido vaginal (sangrado o liquido amniótico)	Disminución de movimientos fetales (despues de que ha empezado a sentir)	Sensacion de luces o pitos, dolor en la boca del estomago	Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies	Dolor de cabeza persistente		Control Prenatal	Curso Psicoprofiláctico	Salud Bucal	Vacunación	Citología	Planificación	Observaciones

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA CTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Control de CyD	Número de veces que limpia la encia de su bebe al dia	Cuidado niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL					

Tiempo en meses

1. Padres
2. Otro Familiar
3. Vecino o Amigo
4. Hogar Infantil o comunitario
5. Otro

¿Recibe almuerzo o refrigerio en guardería o escuela?	Consulta odontológica en los últimos 6 meses	Lleva a sus hijos a actividades laborales	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo para la edad	Remitir a			
							CYD.	PROGRAMA PAI	OTRO CUAL	OBSERVACIONES

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce practicas clave AIPEI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor últimos 6 meses	Control de placa últimos 6 meses	Presencia de maltrato	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria E](1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de automa	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										1.Cereales, raices, tubérculos y platano	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta s	4.Carne, huevos, leguminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares

EXPERIMENTACION			Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Prácticas clave lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Control C y D	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a				
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														C y D	Programa Salud Bucal	Otro / Cual	Observaciones

1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca

1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro

1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula automá		Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica									
2	ligia	no	—	no	51.9	1.43.		7	no	no	-	no	110	80	85	91	-	no	no	no	no		2

1.Mensual 2.Bimensual 3.Semestral 4.Nunca

Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Fruta	4.Carne, huevos, legumbres secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observación
no	SI	no	no	no	no	SI	no	no	no	no	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	SI	no	SI	SI		

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)		Licor	Nº Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								
1	Oscar	no	-	no	58	155		1	si	si	no	no	130	90	81	82		no	no	no	no	no

Autoexamen de seno	Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						Observaciones
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Carnes, raíces, tubérculos y	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Cereales, huevos, legumbres	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	✓	✓	✓	✓	✓	✓	si	si	-	si	no	-	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

1	ETA	☐
2	IRA	☐
3	EDA	☐
4	TUBERCULOSIS O LEPRA	☐
5	MALARIA	☐
6	DIABETES MILLITUS	☐
7	CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS	☐
8	CHIKUNGUYA	☐
9	SINTOMATICO RESPIRATORIO	☐
10	OTRO / CUAL _____	☐
11	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	☐
12	VIOLENCIA SEXUAL	☐
13	TRASTORNO MENTAL Y/O DEL COMPORTAMIENTO	☐

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

1	ENFERMEDAD CORONARIA	☐
2	ENFERMEDAD RESPIRATORIA	☐
3	HOMICIDIO	☐
4	SUICIDIO	☐
5	ACCIDENTE DE TRANSITO	☐
6	CANCER	☐
7	VIH	☐
8	TUBERCULOSIS O LEPRA	☐
9	ENFERMEDAD PROFESIONAL	☐
10	ACCIDENTE LABORAL	☐
11	OTRO / CUAL	☐


PT_oscar

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

1. IDENTIFICACION

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Balboa	Rural		llano grande	Rural

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	531	FAMILIA		COHORTE	
FECHA VISITA	6-07-24				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV					
No. De Personas de la Familia	7				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO: A3
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	
TELEFONO	323 409 5429
CORREO ELECTRONICO	

DILIGENCIADO POR				
GEOREFENCIACION	LATITUD	49.512353	LONGITUD	-75.959137 4
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA												
AÑO												

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

2. PERSONAS AUSENTES

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	SEXO – (M/F)	EDAD Unidad (días / meses / años)	ESTADO – (Activo/Inactivo)

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

3. PERSONAS DE LA FAMILIA

1.Unión libre 2. Casado 3. Viudo 4. Separado o divorciado

1.Jefe 2. Conyugue o compañero 3. Hijos 4. nietos 5. Padres 6. Hermanos 7. Yerno o nuera 8. Abuelos 9. Suegros 10. Tios 11. Sobrinos 12. Primos 13. Cuñados 14. Otros parientes 15.No.parientes 16.Servicio doméstico/cuidandero 17.Pariente servicio doméstico/cuidan

No.	IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIEMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN			ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL				P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
	tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				SI/No				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado	Discapacidad		Desmovilizado		
																							SI/NO	origen	tipo	SI/NO	SI/NO NA	SI/NO	No. Meses
1	CC	1092916329	Alba	Ines ✓	Tascon	Nogoa	F	12-06-91	33	3	1	2	0	no	0	0	0	no	1	Asmet Salud	1	Si	no	-	no	no	si	
2	CC	1092910143	John	Jairo ✓	Siagama	Siagama	M	22-10-94	29	3	1	1	1	si	5	1	0	no	1	Asmet Salud	1	si	no	-	no	no	no	
3	TI	1092916350	leisy	✓	Tascon	Nogoa	F	21-7-10	13	3	0	3	1	si	4	1	0	no	1	Asmet Salud	1	si	no	-	no	no	no	
4	TI	1092916542	Elinson		Siagama	Tascon	M	4-6-16	8	3	0	3	1	no	1	3	0	no	1	Asmet salud	1	si	no	-	no	no	no	
5	RC	1092918245	Clinton	de jesus. ✓	siagama	Tascon.	M	27-7-20	4	3	0	3	0	no	0	0	0	no	1	Asmet Salud	1	si	no	-	no	no	no	
6	RC	1092917348	Jose	Darwin ✓	Siagama	Tascon.	M	6-2-18	6	3	0	3	0	no	0	0	0	no	1	Salud Total	1	si	no	-	no	no	no	
7	RC	1092919146	Nati	Andrea ✓	Siagama	Tascon	F	18-7-22	2	3	0	3	0	no	0	0	0	no	1	Salud Total	1	si	no	-	no	no	no	
8																												
9																												
10																												

Tipo Documento
CC- Cedula de Ciudadania
CE – Cedula de Extranjeria
PA – Pasaporte
RC- Registro Civil
TI – Tarjeta de Identidad
NT – No Tiene

Unidad de Medida
1- Dias
2 – Meses
3 – Años

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Técnico o Tecnológico
4- Universidad
5- Posgrado 0 - Ninguno

Actividad Último Mes:
0 – Sin Actividad
1- Trabajando
2- Buscando Trabajo
3- Estudiando
4- Oficios en el Hogar
5- Rentista
6- Jubilado
7- Invalido

Tipo de Usuario
1- Subsidiado
2- Contributivo
3- Pobre no Asegurado
4- Particular
5- Régimen Especial

ETNIAS
0. No aplica
1. Indigena
2. ROM(GITANO)
3. Raizal (Archipiélago San Andrés y Providencia)
4. Palanquero de san Basilio
5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendientes

Por enfermedad, accidente o nacimiento tiene alguna de las siguientes condiciones de Forma permanente
1- Ceguera Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para moverse o caminar por si mismo
5- Dificultad para bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo
6- Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañia
7- Dificultad para aprender o entender

Tipo de Discapacidad
1- Patológica
2- Accidente Laboral
3- Accidente de Transito
4- Enfermedad Profesional
5- Violenta
6- Desconocido

Ha asistido a programas de rehabilitación de acuerdo a la discapacidad
1 – Si
2 – No
3 – No aplica

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

4. AMBIENTE FISICO

TIPO DE VIVIENDA
1.Casa o Apartamento
2.Cuarto
3.Otro tipo
4.Casa Indígena ✓

TENENCIA
1. Arriendo
2. Propia Pagando
3. Propia Pagada
4. Otra Condición ✓

TIPO DE ALUMBRADO PRINCIPAL
1. Electricidad ✓
2. Solar, Bioenergía, Otros
3.Gas Propano (cilindro)
4.Kerosene, Petróleo, Gasolina, Cocinol, Alcohol
5.Vela
6.Ninguno

SERVICIO SANITARIO
1. Inodoro con conexión a alcantarillado
2. Inodoro con conexión a pozo séptico
3. Inodoro sin conexión
4. Letrina o Bajamar
5. No tiene ✓

DE DONDE SE TOMA EL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO
1.Acueducto ✓
2.Pozo con Bomba
3.Pozo sin Bomba, Jagey
4.Agua Lluvia
5.Rio, quebrada, manantial, nacimiento
6.Pila Publica
7.Carro tanque
8.Aguatero
9.Donación

ESTRATO
1.Bajo bajo ✓
2.Bajo
3.Medio bajo
4.Medio
5.Medio Alto
6.Alto

RIESGO DE VIVIENDA
1. Vivienda con riesgo de deslizamiento
2. Vivienda con riesgo de inundación
3. Vivienda con riesgo de colapso
4. Número de personas por habitación

UBICACIÓN SANITARIO
1.Dentro
2.Fuera
3.No Aplica

AGUA CASERA
1.Sin tratamiento
2.Clorada ✓
3.Filtrada
4.Hervida
5.Clarificación
6.Asoleo

RESERVORIOS DE AGUA
1. Cuantos
2. Positivos
3. Tanque bajo
4. Tanque cubierto
5. Angeos en puertas y ventanas
6. Uso de toldillos

MATERIAL PREDOMINANTE EN PISO
1. Alfombra o Tapete
2. Mármol, Parque, Madera pulida, Baldosa, Vinilo, Mineral, Tableta o ladrillo
3. Madera burda, Madera en mal estado, Esterilla ✓
4. Tierra o Arena
5. Esterilla
6. Otro

Estado del piso
bueno
malo

MATERIAL PREDOMINANTE EN TECHO
1. Deshechos
2. Paja o Palma.
3. Teja de barro, Zinc, Plástico, Plancha ✓
4. Asbesto

CIELO RASO?
SI/NO
CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO

Estado del techo
bueno
malo

MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES
1. Bloque, Ladrillo, Madera
2. Tapia pisada, adobe
3. Bahareque
4. Material prefabricado
5. Madera burda, Tabla, Tablón ✓
6. Guadua, Caña, Esterilla, Otro vegetal
7 .Zinc, tela, Cartón, Latas, Deshechos, Plásticos
8. Sin Paredes

Grietas en paredes SI/NO

ESTADO DE LA COCINA
1. Presencia humo de leña — SI
2. Cocina aislada de los dormitorios — NO
3. Cocina aislada del sanitario — NO
4. Tiene nevera — NO
5. Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas — NO

RESIDUOS SOLIDOS ALMACENAMIENTO
1. Bolsas Plásticas ✓
2.Costal o Estopa
3.Canecas Con tapa
4.Caneca Sin tapa
5.Suelo

DISPOSICIÓN
1.La recogen los servicios de aseo
2.La entierra
3. La queman ✓
4. La tiran al patio, lote, zanja o baldío
5.La tiran al río, caño, quebrada, laguna
6.La eliminan de otra forma

APROVECHAMIENTO (DE LOS RESIDUOS SOLIDOS)
1. Lombricultivo
2.Abono
3.Reciclados

Separado de la Fuente

LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE

Energía eléctrica	✓	Alcantarillado	
Gas Natural Domiciliario		Teléfono	
Recolección de Basura		Acueducto	✓

OTROS DATOS ADICIONALES

Actividad lucrativa dentro de la vivienda — NO — Nombre de la actividad

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA

Detergente	✓	Gasolina o inflamable	
Pólvora		Plaguicidas	
Agroindustrial		Adecuado	✓

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA

Consume medicamentos bajo fórmula médica SI/NO	NO
Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad SI/NO	NO
¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? SI/NO	NO

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedores SI/NO
PERROS	0	0	0	0	0	0	0		SI
GATOS	0	0	0	0	0	0			Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	0	PORCINOS	0				NO
OTROS	0	CUALES:	0.						

6. AMBIENTE PSICOLOGICO (Aplica solo para personas mayores de 10 años).

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen en la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se asea 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otra grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o mantiene con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	1	no	no	no	no	no	no	no	no	no
2	2	no	no	no	no	no	no	no	no	no
3	3	no	no	no	no	no	no	no	no	no
4										
5										
6										

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO.	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso espacios comunitarios por parte de los niños	Consideré en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consideré en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consideré en el último mes buscar atención psicologica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Caseta comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Oración	4. Veeduría	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Dibetines	N	S	N	S	S	S	S	N	NO	NO	NO	N	N	N	N	N	N	N	N	
2	Ibon L	N	S	N	S	S	S	S	N	NO	N	NO	N	N	N	N	N	N	N	N	
3	Lesly	N	S	N	S	S	S	S	N	NO	N	NO	N	N	N	N	N	N	N	N	
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaria de Salud		Otro / Cual?	Pertenecen al programa
1	15			5

1. Nuclear
2. Monoparental
3. Extensa
4. Reconstituida
5. Persona sola.

1. Ampliado de Inmunizaciones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Bucal.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Crónicas.
8. DLS o Secretaria.
9. TBC y Lepra
10. Seguridad Laboral
11. Zoonosis y ETV.
12. Emergencias y Desastres
13. Salud Ambiental.
14. Prestación de Servicios.
15. Hospital.
16. Otro.
17. Dirección local de Salud.

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción.
3. Juntas de Acción Comunal.
4. Media Pensión.
5. Ninguno

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

8. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asiste a control prenatal	No. de controles	Asiste a curso psicoprofilácticos	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT acelular	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1. HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preeclampsia	4.Gestación multiple	5.Otros		Fecha última menstruación (FUM)	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs)	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo se calculará automáticamente al guardar el	Tensión arterial	Movimientos maternos
7	Alba	SI	no	no	0	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	No se.	1/1/25	12	42	43	142	—	120/70	SI

Tipo de sangre	ANTECEDESTES OBSTETRICOS										Antecedente embarazo anterior (último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Riesgo biológico	Intervalo intergenésico	Historia Gestacional						Estado actual de los hijos		Diabetes gestacional	Hipertensión materna	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Sufrimiento fetal	Muerte neonatal	R.C.I.U.	Fecha último parto	Tipo parto	Serología	FTA-AB	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis Ig
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	
O+	Ninguno	NO	5	5	0	0	0	0	SI	0	no	no	no	no	no	no	no	28/7/22	Natural	no	no	no	no	no

Micronutrientes			Por qué no los toma?	Síntomas de alarma					Presencia de síntomas de alarma	Remitir a						
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de líquido vaginal (sangrado o líquido amniótico)	Disminución de movimientos fetales (después de que los empiece a sentir)	Sensación de luces o pitos, dolor en la boca del estomago	Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies	Dolor de cabeza persistente		Control Prenatal	Curso Psicoprofiláctico	Salud Bucal	Vacunación	Citología	Planificación	Observaciones
no	no	no	Sin. Control.	no	no	no	no	no	no	SI	SI	SI	SI	SI	—	—

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA CTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Control de CyD	Número de veces que limpia la rancia de su bebe al dia	Cuidado niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOSCIAL					
5	Clinton	6 M	24 M	30M	79.9	88	no		no	no	no	no	no	no	SI	7	7
6	Darwin	6 M	24 M	30M	79.	7.08	no		no	no	no	no	no	no	SI	7	7
7	Nati	6 M.	24M	30M	8.7	74	no		no	no	no	no	no	no	no	7	7

Tiempo en meses

1. Padres
2. Otro Familiar
3. Vecino o Amigo
4. Hogar Infantil o comunitario
5. Otro

¿Recibe almuerzo o refrigerio en guarderia o escuela?	Consulta odontológica en los últimos 6 meses	Lleva a sus hijos a actividades laborales	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo para la edad	Remitir a			
							CYD.	PROGRAMA PAI	OTRO CUAL	OBSERVACIONES
no	no	no	no	no	no	SI	no	no	odontologia	no
no	no	no	no	no	no	SI	no	no	odontologia	
no	no	no	no	no	no	no	SI	SI	odontologia	

PENDIENTE REGISTRAR RANGO EDADES 0-5 AÑOS
POR HERRO SULFATOS

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

10. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce prácticas claves AIPEI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor últimos 6 meses	Control de orina últimos 6 meses	Presencia de maltrato	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automá	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátano	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta s	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces
4	Elinson	23	1.78		no	no	no	no	si	7	no	2	no	no	no	no	3	✓	✓	✓	✓	~	✓

EXPERIMENTACION			Participación en organizaci ones del barrio o la escuela	Egreso hospitalari o por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desarrollo en el último año	Prácticas clave lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Control C y D	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														C y D	Programa Salud Bucal	Otro / Cual	Observaciones
no	no	no	si	no	no	3	7	no	no	no	no	no	no	si	7	si	si	—	

1 Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca

1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro

1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de Horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al Dia	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organizacion es del barrio o la escuela	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de automá													
	Leslyn	NO	40	142		NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NA	NO	7	NO	NO	NO

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Óvulos, tabletas 9.Implante su dérmico 10. Emergencia 11. Otros

1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. No consume

1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro

1.Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos leguminosas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones
NO	2	NO	NO	NO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	SI	SI	NO	NO	SI	—

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

12. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de prostata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo es calculado automát										Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra

1. Si 2.No 3.No aplica

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Óvulos, tabletas 9. . Implante subdérmico 10. Emergencia 11. Otros

1. Mensual 2. Bimensual 3. Semestral 4. Nunca

1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. No consume

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertension	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertension	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Observaciones

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo	Autoexamen de seno
					PESO (Kg)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automá		Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Comida chenr n	Sistólica	Diastólica									
1	Ines	no	—	no	43	142	—	1	51	no	no	no	120	70	79	80		no	no	no	no	—	4
2	John.	no	no	—	62.	160	—	1	51	no	no	no	130	85	65	70		no	no	no	no	—	—

1.Mensual 2.Bimensual 3.Semestral 4.Nunca

Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Cereales, huevos, leguminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto x	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamiza je Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	S	S	S	S	S	S	S1	S1	S1	S1	S1	S1	
—	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	S	S	S	S	S	S	S1	S1	S1	S1	no	—	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa control del anciano	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia psicología familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de tamizaje
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula automá		Licor	Nº Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								

Autoexamen mama	Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Carnes, pescados y huevos	2.Harinas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos leguminosas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

1	ETA	☐
2	IRA	☐
3	EDA	☐
4	TUBERCULOSIS O LEPRA	☐
5	MALARIA	☐
6	DIABETES MILLITUS	☐
7	CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS	☐
8	CHIKUNGUYA	☐
9	SINTOMATICO RESPIRATORIO	☐
10	OTRO / CUAL _____	☐
11	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	☐
12	VIOLENCIA SEXUAL	☐
13	TRASTORNO MENTAL Y/O DEL COMPORTAMIENTO	☐

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

1	ENFERMEDAD CORONARIA	☐
2	ENFERMEDAD RESPIRATORIA	☐
3	HOMICIDIO	☐
4	SUICIDIO	☐
5	ACCIDENTE DE TRANSITO	☐
6	CANCER	☐
7	VIH	☐
8	TUBERCULOSIS O LEPRA	☐
9	ENFERMEDAD PROFESIONAL	☐
10	ACCIDENTE LABORAL	☐
11	OTRO / CUAL	☐



FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio: BALBOA	Barrio o Vereda LLANOGRANDE	Dirección RESGUARDO KARABIDRUA	Ficha familiar No. 531

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	6	7	2024	V2				V3			
Responsable 1: JESSICA TATIANA MOSQUERA ESPINOSA Responsable 2:MARLLY ALEJANDRA ECHEVERRY				Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			

Nombre del Jefe del Hogar: JHON JAIRO SIAGAMA	Nombre de quién recibe la visita: ALBA INES TASCON NOGOA	N° telefono contacto:3234095429

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN INADECUADAS CONDICIONES CON PUERTAS Y VENTANAS IMPROVISADAS CON TABLA TIENE PISO EN TABLA, NO CUENTAN CON AGUA POTABLE CASA EN TABLA NO CUENTAN CON INODORO NO CUENTAN CON ALMACENAMIENTO D RESIDUOS SOLIDOS, NO CUENTAN CON RECOLECCION DE BASURAS POR LO QUE LAS QUEMAN. SE BRINDA EDUCACION SEGUN HALLASGOS , SE REMITE USUARIO SEGUN CURSO DE VIDA AL MEDICO GENETAL,, PSICOLOGIA,PLANEACION Y SALUD BUCAL.
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	CASA EN ESTERILLA Y TABLA	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LOS CUIDADO CON LAS CASA DE ESTERILLA YA QUE PUEDEN TENER LESIONES EN LA PIEL SE HABLA SOBRE LA IMPORTANCIA DE UTILIZAR TOLDILLO YA QUE LA CASA NO TIENE CIELO RAZO Y PUEDEN PASAR FACIL LOS ANIMALES SE EDUCA SOBRE TENER LOS ALIMENTOS TAPADOS DEBIDO AL MAL ESTADO DEL HOGAR HAY FACIL ACCESO PARA LOS ANIMALES	A M B	A M B	A M B
2	PRESENCIA DE ROHEDORES (RATONES)	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE TRANSMITEN LOS RATONES COMO LEPTOESPIROSIS,TIFU MURINO,SALMONELOSIS ENTRE OTRAS POR LO QUE SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE NO DEJAR ALIMENTOS DESTAPADOS,LAVAR TODOS LOS ALIMENTOS ANTES DE SER CONSUMIDOS, EL CONSTANTE LAVADO DE MANOS Y LIMPIEZA DEL HOGAR PARA EVITAR ESTE TIPO DE ENFERMEDADES, SE REMITE AL TECNICO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA REALIZAR FUMIGACION EN EL HOGAR	A M B	A M B	A M B
3	HOGAR SIN AGUA POTABLE	SE BRINDA EDUCACION A LA FAMILIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE HERVIR EL AGUA ANTES DE SER CONSUMIDA POR LOS ALTOS VIRUS,PARASITOS,BACTERIAS Y MICROBIOS QUE ESTA TIENE, Y SE EXPLICA QUE DE ESTA MENERA SE PREVIENEN ENFERMEDADES COMO DIARREAS,HEPATITIS A,AMEDIASIS O DESENTERIA AMEBIAN. REVISION A MEDICINA GENERAL POR PRESENCIA DE DIARREA EN LA COMUNIDAD Y DOLOR DE ESTOAMGO	A M B	A M B	A M B
5	VIVIENDA SIN INODORO	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUES DE REALIZAR LAS NECESIDADES COMO ORINAR SE EXPLICA EL LAVO DE MANOS CON AGUA Y JABON EN TODO MOMENTO PERO EN ESPECIAL AL MOMENTO DE IR AL BAÑO PARA PREVENIR ENFERMEDADES COMO HEPATITIS A SE REMITE A LA ALCALDIA MUNICIPAL PARA POSIBLE SOLUCION DEL PROBLAMA	A M B	A M B	A M B
6	COCINAN EN LEÑA	SE BRINDA EDUCACION SOBRE ACERLE SALIDA AL HUMO CUANDO SE COCINA EN LEÑA YA QUE ES DAÑINO PARA LOS PULMONES Y PUEDE PROVOCAR CON EL TIEMPO ASMA Y ENFERMEDADES RESPIRATORIOS COMO EL EPOC QUE NO TIENE CURA SE REMITE A PLANEACION PARA EVACUACION DE LA COCINA Y POSIBLE SOLUCION PARA LA SALIDA DE HUMO	A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	ADULTO JHON JAIRO SIAGAMA 30 AÑOS DE EDAD SIN EXAMEN ODONTOLOGICO	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CEPILLADO DIARIO, LA FORMA CORRECTA DE CEPILLARSE Y LA LA IMPORTANCIA DE ASISTIR A ODONTOLOGIA PARA E CUIDADO DENTAL, SE REMITE AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA PARA REALIZAR CONTROL ODONTOLOGICO DE PRIMERA VEZ Y CONTROL DE PLACA.	A M B	A M B	A M B

Falta diligenciar Rango de edad de 0-5

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

1. IDENTIFICACION

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Balboa	Rural	Balboa	llano grande	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	835	FAMILIA	2	COHORTE	A
FECHA VISITA	06-07-24				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	3				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO: A5
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Resguardo - llano Grande
TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO	

DILIGENCIADO POR				
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.980994	LONGITUD	-75 95.72662
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA												
AÑO												

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

2. PERSONAS AUSENTES

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	SEXO – (M/F)	EDAD Unidad (días / meses / años)	ESTADO – (Activo/Inactivo)
Riopberto		Guasiuma	Norigue	M	31	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

3. PERSONAS DE LA FAMILIA

1.Unión libre 2. Casado 3. Viudo 4. Separado o divorciado

1.Jefe 2. Conyugue o compañero 3. Hijos 4. nietos 5. Padres 6. Hermanos 7. Yerno o nuera 8. Abuelos 9. Suegros 10. Tios 11. Sobrinos 12. Primos 13. Cuñados 14. Otros parientes 15.No.parientes 16.Servicio doméstico/cuidandero 17.Pariente servicio doméstico/cuidan

No.	IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIEMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
	tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				SI/No				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO NA	SI/NO	No. Meses
1	CC	1060010433	Angely	valentina	Guasiruma	Osorio	F	09/12/2004	19	3	1	2	1	SI	5	4	0	NO	1	ASM	1	SI	NO	0	NO	NO	SI	8.
2	RC	1111 0016 2018	Alan	Matias	Guasiruma	Guasiruma	M	16/07/2021	2	3	5	3	0	NO	0	0	0	NO	1	ASM	1	SI	NO	0	NO	NO	NO	0
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

Tipo Documento
CC- Cedula de Ciudadanía
CE – Cedula de Extranjería
PA – Pasaporte
RC- Registro Civil
TI – Tarjeta de Identidad
NT – No Tiene

Unidad de Medida
1- Días
2 – Meses
3 – Años

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Técnico o Tecnológico
4- Universidad
5- Posgrado 0 - Ninguno

Actividad Último Mes:
0 – Sin Actividad
1- Trabajando
2- Buscando Trabajo
3- Estudiando
4- Oficios en el Hogar
5- Rentista
6- Jubilado
7- Invalido

Tipo de Usuario
1- Subsidiado
2- Contributivo
3- Pobre no Asegurado
4- Particular
5- Régimen Especial

ETNIAS
0. No aplica
1. Indígena
2. ROM(GITANO)
3. Raizal (Archipiélago San Andrés y Providencia)
4. Palenquero de san Basilio
5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendientes

Por enfermedad, accidente o nacimiento tiene alguna de las siguientes condiciones de Forma permanente
1- Ceguera Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para moverse o caminar por sí mismo
5- Dificultad para bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo
6- Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañía
7- Dificultad para aprender o entender

Tipo de Discapacidad
1- Patológica
2- Accidente Laboral
3- Accidente de Tránsito
4- Enfermedad Profesional
5- Violenta
6- Desconocido

Ha asistido a programas de rehabilitación de acuerdo a la discapacidad
1 – Si
2 – No
3 – No aplica

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

TIPO DE VIVIENDA
1.Casa o Apartamento
2.Cuarto
3.Otro tipo
4.Casa Indígena X

TENENCIA
1. Arriendo
2. Propia Pagando
3. Propia Pagada
4. Otra Condición X

TIPO DE ALUMBRADO PRINCIPAL
1. Electricidad X
2. Solar, Bioenergia, Otros
3.Gas Propano (cilindro)
4.Kerosene, Petróleo, Gasolina, Cocinol, Alcohol
5.Vela
6.Ninguno

SERVICIO SANITARIO
1. Inodoro con conexión a alcantarillado
2. Inodoro con conexión a pozo séptico
3. Inodoro sin conexión
4. Letrina o Bajamar X
5. No tiene

DE DONDE SE TOMA EL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO
1.Acueducto X
2.Pozo con Bomba
3.Pozo sin Bomba, Jagey
4.Agua Lluvia
5.Rio, quebrada, manantial, nacimiento
6.Pila Publica
7.Carro tanque
8.Aguatero
9.Donación

ESTRATO
1.Bajo bajo X
2.Bajo
3.Medio bajo
4.Medio
5.Medio Alto
6.Alto

RIESGO DE VIVIENDA
1. Vivienda con riesgo de deslizamiento NO
2. Vivienda con riesgo de inundación NO
3. Vivienda con riesgo de colapso NO
4. Número de personas por habitación 2

UBICACIÓN SANITARIO
1.Dentro
2.Fuera X
3.No Aplica

AGUA CASERA
1.Sin tratamiento X
2.Clorada
3.Filtrada
4.Hervida
5.Clarificación
6.Asoleo

RESERVORIOS DE AGUA
1. Cuantos 0
2. Positivos 0
3. Tanque bajo 0
4. Tanque cubierto 0
5. Angeos en puertas y ventanas 0
6. Uso de toldillos 0

MATERIAL PREDOMINANTE EN PISO
1. Alfombra o Tapete
2. Mármol, Parque, Madera pulida, Baldosa, Vinilo, Mineral, Tableta o ladrillo
3. Madera burda, Madera en mal estado, Esterilla
4. Tierra o Arena X
5. Esterilla
6. Otro

Estado del piso
bueno ✓
malo

MATERIAL PREDOMINANTE EN TECHO
1. Deshechos
2. Paja o Palma.
3. Teja de barro, Zinc, Plástico, Plancha X
4. Asbesto

CIELO RASO?
SI/NO NO
CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO NO

Estado del techo
bueno X
malo

MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES
1. Bloque, Ladrillo, Madera
2. Tapia pisada, adobe
3. Bahareque
4. Material prefabricado
5. Madera burda, Tabla, Tablón X
6. Guadua, Caña, Esterilla, Otro vegetal X
7 .Zinc, tela, Cartón, Latas, Deshechos, Plásticos
8. Sin Paredes

Grietas en paredes SI/NO SI

ESTADO DE LA COCINA
1. Presencia humo de leña X
2. Cocina aislada de los dormitorios
3. Cocina aislada del sanitario
4. Tiene nevera
5. Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas

RESIDUOS SOLIDOS ALMACENAMIENTO
1. Bolsas Plásticas X
2.Costal o Estopa
3.Canecas Con tapa
4.Caneca Sin tapa
5.Suelo

DISPOSICIÓN
1.La recogen los servicios de aseo
2.La entierra
3. La queman X
4. La tiran al patio, lote, zanja o baldio
5.La tiran al rio, caño, quebrada, laguna
6.La eliminan de otra forma

APROVECHAMIENTO (DE LOS RESIDUOS SOLIDOS)
1. Lombricultivo
2.Abono X
3.Reciclados

Separado de la Fuente SI

LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE

Energía eléctrica	X	Alcantarillado	
Gas Natural Domiciliario	X	Teléfono	
Recolección de Basura		Acueducto	X

OTROS DATOS ADICIONALES

Actividad lucrativa dentro de la vivienda ☐ Nombre de la actividad

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA

Detergente	X	Gasolina o inflamable	
Pólvora		Plaguicidas	
Agroindustrial		Adecuado	X

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA

Consume medicamentos bajo fórmula médica SI/NO SI
Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad SI/NO SI
¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? SI/NO SI

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedores SI/NO
PERROS	0	1	0	0	0	0	0		si
GATOS	0	0	0	0	0	0	0		Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	9	PORCINOS	0	0	0		
OTROS	0	CUALES:							

6. AMBIENTE PSICOLOGICO (Aplica solo para personas mayores de 10 años).

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen en la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se asea 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otra grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o mantiene con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Valentina	NO	NO	0	0	0	0	0		
2										
3										
4										
5										
6										

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO.	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso espacios comunitarios por parte de los niños	Consideró en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención psicologica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Caseta comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Oración	4. Veeduría	6. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Valentina	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud		Otro / Cual?	Pertenecen al programa
1	2			5

1. Nuclear
2. Monoparental
3. Extensa
4. Reconstituida
5. Persona sola.

1. Ampliado de Inmunizaciones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Bucal.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Crónicas.
8. DLS o Secretaría.
9. TBC y Lepra
10. Seguridad Laboral
11. Zoonosis y ETV.
12. Emergencias y Desastres
13. Salud Ambiental.
14. Prestación de Servicios.
15. Hospital.
16. Otro.
17. Dirección local de Salud.

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción.
3. Juntas de Acción Comunal.
4. Media Pensión.
5. Ninguno

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

8. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asiste a control prenatal	No. de controles	Asiste a curso psicoprofilactico	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT acelular	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preeclampsia	4.Gemelaridad multiple	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	IMC (Este campo se calculará automáticamente al guardar el	Tensión arterial	Movimientos fetales
1	Wbnti	SI	NO	SI	2	NO	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO		NO	04/10/23	13/07/24	39	47	49	146		90170	SI

Tipo de sangre	ANTECEDESTES OBSTETRICOS										Antecedente embarazo anterior (último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Riesgo biológico	Intervalo intergenésico	Historia Gestacional						Estado actual de los hijos		Diabetes gestacional	Hipertensión materna	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Sufrimiento fetal	Muerte neonatal	R.C.I.U.	Fecha último parto	Tipo parto	Serología	FTA-AB	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	
OF	NO	2	2	1	0	0	0	0	1	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	15/07/21	instr	NO	NO	SI	NO	NO

Micronutrientes			Por qué no los toma?	Síntomas de alarma					Presencia de algunos de alarma	Remitir a						
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de liquido vaginal (sangrado o liquido amniotico)	Disminución de movimientos fetales (despues de que los empiece a sentir)	Sensación de fiebre o pitos, dolor en la boca del estomago	Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies	Dolor de cabeza persistente		Control Prenatal	Curso Psicoprofilactico	Salud Bucal	Vacunación	Citología	Planificación	Observaciones
SI	SI	SI	—	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA CTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Control de CyD	Número de veces que limpia la encía de su bebe al día	Cuidado niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL					
2	Alan	2	8	1	12.6	34	NO		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1	1

Tiempo en meses

1. Padres
2. Otro Familiar
3. Vecino o Amigo
4. Hogar Infantil o comunitario
5. Otro

¿Recibe almuerzo o refrigerio en guardería o escuela?	Consulta odontológica en los últimos 6 meses	Lleva a sus hijos a actividades laborales	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo para la edad	Remitir a			
							CYD.	PROGRAMA PAI	OTRO CUAL	OBSERVACIONES
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	odonto	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

10. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce prácticas claves AIPEI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor últimos 6 meses	Control de placa últimos 6 meses	Presencia de maltrato	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-1-1)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automá	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										1.Cereales, raices, tuberculos y platano	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces

EXPERIMENTACION			Participación en organizaciones del barrio o la sección	Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Prácticas clave lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Control C y D	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a				
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														C y D	Programa Salud Bucal	Otro / Cual	Observaciones
				1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro						1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada					

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de Horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al Dia	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de automá													

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Óvulos, tabletas 9.Implante su dérmico 10. Emergencia 11. Otros

1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. No consumo

1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro

1.Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos leguminosas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

12. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo es calculado automát										Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra
7	Valentí	NO	49	146		NO	1	NO	NO	NA	SI	14	NA	10	NO	NO	NO	5

1. Si 2.No 3.No aplica

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Óvulos, tabletas 9. . Implante subdérmico 10. Emergencia 11. Otros

1. Mensual 2. Bimensual 3. Semestral 4. Nunca

1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. No consume

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6) .						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Observaciones
00170	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	Visual

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automá		Licor	Nº Cigarrillos al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica									

1.Mensual 2.Bimensual 3.Semestral 4.Nunca

Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otra	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Cerne, huevos, legumbres secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto x	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamiza je Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistencia programa control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología Vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula automá		Licor	Nº Cigarrillos AL día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								

Autoexamen de seno	Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cancer	5.Otra	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, tubérculos y	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carne, huevos legumbres	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

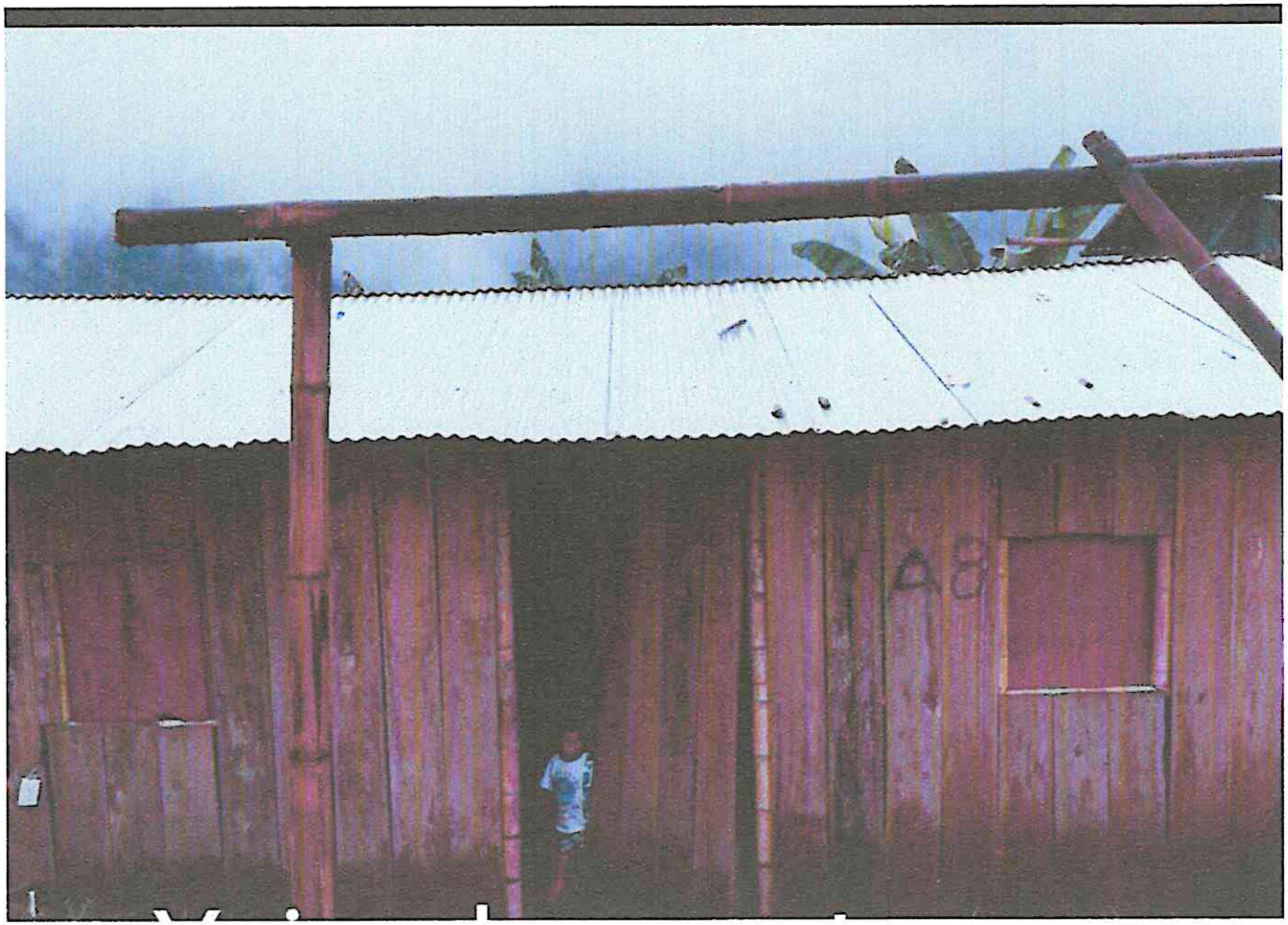
1	ETA	
2	IRA	
3	EDA	
4	TUBERCULOSIS O LEPRA	
5	MALARIA	
6	DIABETES MILLITUS	
7	CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS	
8	CHIKUNGUYA	
9	SINTOMATICO RESPIRATORIO	
10	OTRO / CUAL _____	
11	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	
12	VIOLENCIA SEXUAL	
13	TRASTORNO MENTAL Y/O DEL COMPORTAMIENTO	

NO

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

1	ENFERMEDAD CORONARIA	
2	ENFERMEDAD RESPIRATORIA	
3	HOMICIDIO	
4	SUICIDIO	
5	ACCIDENTE DE TRANSITO	
6	CANCER	
7	VIH	
8	TUBERCULOSIS O LEPRA	
9	ENFERMEDAD PROFESIONAL	
10	ACCIDENTE LABORAL	
11	OTRO / CUAL	

NO



FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio: BALBOA	Barrio o Vereda LLANOGRANDE	Direcccion RESGUARDO KARABIDRUA	Ficha familiar No. 635

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	6	7	2024	V2				V3			

Responsable 1: ALEJANDRA TABARES GONZALEZ Responsable 2: JESUS ANTONIO HERNANDEZ CASTRILLON	Responsable 1: Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar: SAUL GUASIRUMA NACAVERA	Nombre de quién recibe la visita: ANGELY VALENTINA GUASIRUMA OSORIO	N° telefono contacto 3135446197

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN INADECUADAS CONDICIONES SIN VENTANAS, CON PUERTAS IMPROVISADO EN TABLA, PAREDES EN MATERIAL DE GUADUA Y ESTERILLA, CON TECHO EN ZINC, PISO EN TABLA EN BUEN ESTADO, NO CUENTAN CON AGUA POTABLE, NO CUENTAN CON INODORO, LOS RESIDUOS SOLIDOS SE APROVECHAN EN ABONO, SEPRADOS DE LA FUENTE, NO CUENTAN CON RECOLECCION DE BASURAS, ESTAS SE DISPONEN A LA QUEMA DE ESTOS DESECHOS, SE BRINDA EDUCACION SEGUN HALLASGOS , SE REMITE USUARIO SEGUN CURSO DE VIDA A MEDICINA GENERAL, PSICOLOGIA, PLANEACION Y SALUD BUCAL.
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	CASA EN ESTERILLA	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LOS CUIDADO CON LAS CASA DE ESTERILLA YA QUE PUEDEN TENER LESIONES EN LA PIEL, UN PISO INESTABLE, CON POSIBILIDAD DE QUE ESTE ABSORBA LA HUMEDAD Y SE DEBILITE CON EL TRANSITO DE LAS PERSONAS DEL HOGAR; SE HABLA SOBRE LA IMPORTANCIA DE UTILIZAR TOLDILLO YA QUE POR SU ENTORNO PUEDEN PASAR FACIL LOS ANIMALES/ SE EDUCA SOBRE TENER LOS ALIMENTOS TAPADOS Y EN EL MEJOR ESTADO DE CONSERVACI(ON PARA QUE NO SEAN CONTAMINADOS, DEBIDO AL MAL ESTADO DEL HOGAR CREA UN ACIL ACCESO PARA LOS ANIMALES / REMISION A PLANEACIÓN (ALCALDIA)	A M B	A M B	A M B
2	PRESENCIA DE ROHEDORES (RATONES)	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE TRANSMITEN LOS RATONES COMO LEPTOESPIROSIS,TIFU MURINO,SALMONELOSIS ENTRE OTRAS POR LO QUE SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE NO DEJAR ALIMENTOS DESTAPADOS, LAVAR TODOS LOS ALIMENTOS ANTES DE SER CONSIMIDOS, EL CONSTANTE LAVADO DE MANOS Y LIMPIEZA DEL HOGAR PARA EVITAR ESTE TIPO DE ENFERMEDADES, SE REMITE AL TECNICO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA REALIZAR FUMIGACION EN EL HOGAR	A M B	A M B	A M B
3	HOGAR SIN AGUA POTABLE	SE BRINDA EDUCACION A LA FAMILIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE HERVIR EL AGUA ANTES DE SER CONSUMIDA POR LOS ALTOS VIRUS, PARASITOS, BACTERIAS Y MICROBIOS QUE ESTA TIENE, Y SE EXPLICA QUE DE ESTA MENERA SE PREVIENEN ENFERMEDADES COMO DIARREAS,HEPATITIS A,AMEBIASIS O DESENTERIA AMEBIAN. REVISION A MEDICINA GENERAL POR PRESENCIA DE DIARREA EN LA COMUNIDAD Y DOLOR DE ESTOMAGO	A M B	A M B	A M B
5	ANIMALES SIN VACUNAS NI ESTERILIZACIÓN	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CONTROL DE LA POBLACIÓN DE LAS MASCOTAS CON LAS QUE SE CUENTAN EN EL HOGAR Y PARA PREVENIR LA PROPACIÓN DE DIVERSAS ENFERMERDADES QUE SE PUEDEN ADQUIERIR EN LA PROCREACIÓN, NO SE CUENTA CON VACUNA CONTRA LA RABIA, CON ESTO SE CORRE EL RIESGO POR PATRE DEL ANIMAL Y LAS PERSONAS EN EL ENTORNO, POR LA FACILIDAD DE LA ADQUISICIÓN DE LA PATOLOGIA, SE COMENTA LA RELEVANCIA DE LA PREVENCIÓN DE LAS DIVERSAS CONDICIONES QUE SE PUEDEN PRESENTAR POR NO TENER CONTROLES, SE REMITE A LA ALCALDIA PARA INTERVENCIÓN	A M B	A M B	A M B
5	COCINAN EN LEÑA	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE IMPLEMENTAR UNA SALIDA AL HUMO CUANDO SE COCINA EN LEÑA YA QUE ES NOCIVO PARA LOS PULMONES Y PUEDE PROVOCAR CON EL TIEMPO ASMA Y ENFERMEDADES RESPIRATORIOS COMO EL EPOC QUE NO TIENE CURA SE REMITE A PLANEACION PARA EVLUACION DE LA COCINA Y POSIBLE SOLUCION PARA LA SALIDA DE HUMO	A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3

1	ANGELY VALENTINA GUASIRUMA OSORIO/ 18 AÑOS DE EDAD, EN JUVENTUD - GESTANTE / SIN ATENCÓN MEDICA Y TAMIZAJE DE MAMA	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE CONTROLES Y CONSULTAS PERTINENTES PARA DIAGNOSTICAR ENFERMEDADES A TIEMPO TAMBIEN SE GRINDA INFORMACIÓN SOBRE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES O PLAGAS, TENIENDO EN CUENTA SU CICLO DE VIDA, Y EL ESTADO GESTACIONAL EN EL QUE SE ENCUENTRA (37 SEMANAS DE GESTACIÓN) SE REALIZA EDUCACIÓN SOBRE LA REALIZACIÓN DE AUTOEXAMEN DE MAMA Y SE REALIZA REMISION PARA CONSULTA CON MEDICINA GENERAL	✖ M B	A M B	A M B
2	ANGELY VALENTINA GUASIRUMA OSORIO/ 18 AÑOS DE EDAD, EN JUVENTUD - GESTANTE / SIN ASESORIA DE ANTICONCEPCIÓN Y VACUNACIÓN	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZAR LA CONSULTA POR ENFERMERIA PARA QUE SE BRINDE LA ASESORIA DE ANTICONCEPCIÓN Y PLANIFICACION FAMILIAR, TENIENDO EN CUENTA SU CICLO DE VIDA, Y EL ESTADO GESTACIONAL EN EL QUE SE ENCUENTRA (37 SEMANAS DE GESTACIÓN) SE EVIDENCIO QUE HASTA LA FECHA CUENTA CON 2 CONTROLES, SIN VACUNA TEXOIDE TETANICO, CUENTA CON MICRONUTRIENTES, SE REMITE A ENFERMERÍA PARA ASESORIA DE ANTICONCEPCIÓN Y VACUNACIÓN	✖ M B	A M B	A M B
3	ANGELY VALENTINA GUASIRUMA OSORIO/ 18 AÑOS DE EDAD, EN JUVENTUD - GESTANTE / SIN TAMIZAJE VISUAL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE TAMIZAJE DE AGUDEZA VISUAL PARA DIAGNOSTICAR Y TRATAR POSIBLES COMPLICACIONES VISUALES COMO ASTIGMATISMO Y MIOPIA, SE REALIZA REMISION DEA MEDICINA GENERAL PARA REALIZAR EL TAMIZAJE VISUAL.	A ✖ B	A M B	A M B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
10	ALAN MATIAS GUASIRUMA GUASIRUMA/ 2 AÑOS DE EDAD, EN PRIMERA INFANCIA/ SIN ATENCIÓN MEDICA	SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE QUE SE REALICEN CONSULTAS MEDICAS PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE DIVERSAS ENFERMEDADES, SE BRINDA LA EDUCACIÓN SOBRE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS DIFERENTES PATOLOGIAS QUE SE PUEDEN PRESENTAR EN EL CICLO DE VIDA, TENIENDO EN CUENTA LA PREVENCIÓN DE DESHIDRATACIÓN SI SE PRESENTAN ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES. EN LA VISITA SE EVIDENCIA TOS PERSISTENTE, CON EVIDENCIA DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SE REMITE A MEDICINA GENERAL	✖ M B	A M B	A M B
11	ALAN MATIAS GUASIRUMA GUASIRUMA/ 2 AÑOS DE EDAD, EN PRIMERA INFANCIA/ SIN EXAMEN ODONTOLOGICO	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DENTAL EN TODO CICLO DE VIDA EN ESPECIAL CUANDO SON DIENTES PERMANENTES SE HABLA DE CEPILLARSE LOS DIENTES TODOS LOS DIAS 3 VECES AL DIA,USO DE CEDA DENTAL Y CEPILLADO DE LA LENGUA SE REMITE AL PROGRAMA DE ODONTOLOGIA PARA EXAMEN,CONTROL DEL PLACA Y APLICACIÓN DE FLUOR,	✖ M B	A M B	A M B
11	ALAN MATIAS GUASIRUMA GUASIRUMA/ 2 AÑOS DE EDAD, EN PRIMERA INFANCIA/ SIN FORTIFICACIÓN CASERA	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA ADMINISTRACIÓN DE MANERA COMPLEMENTARIA DE LOS MICRONUTIENTES NECESARIOS PARA EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO ADECUADO PARA SU CICLO DE VIDA, ENFATIZANDO EN LOS PLANES ADECUADOS DE ALIMETACIÓN, TENIENDO EN CUENTA EL BAJO PESO AL NACER, SE REMITE A MEDICINA GENERAL PARA LA FORMULACIÓN DE LA FORTIFICACIÓN	✖ M B	A M B	A M B

DILIGENCIADO

POR: ALEJANDRA TABARES GONZALEZ
Nombre y Apellidos
Profesión: ENFERMERA

ACOMPAÑADO

POR: MARISOL HERNANDEZ MARTINEZ
Nombre y Apellidos
Profesión: AUXILIAR DE ENFERMERIA

DUPLA 2

EBS 2	NOMBRE COMPLETO
PROFESIONAL DE ENFERMERIA	JESICA TATIANA MOSQUERA ESPINOSA
AUXILIAR DE ENFERMERIA	JESUS ANTONIO HERNANDEZ CASTRILLON

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

1. IDENTIFICACION

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Balbar	R		Uanoagiand	Resguardo

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Brenda			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.98.04994	LONGITUD	-75.95726 62
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	834	FAMILIA	1	COHORTE	A
FECHA VISITA	6-7-24				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	500.000				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO: A5
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Resguardo indigena Karabidua
TELEFONO	314 712 0154
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA							05 7-24					
AÑO												

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

2. PERSONAS AUSENTES

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	SEXO – (M/F)	EDAD Unidad (días / meses / años)	ESTADO – (Activo/Inactivo)
wilson	- -	alarcho	usuario	M	4-07-2001 23	-

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

3. PERSONAS DE LA FAMILIA

1.Unión libre 2. Casado 3. Viudo 4. Separado o divorciado

1.Jefe 2. Conyugue o compañero 3. Hijos 4. nietos 5. Padres 6. Hermanos 7. Yerno o nuera 8. Abuelos 9. Suegros 10. Tios 11. Sobrinos 12. Primos 13. Cuñados 14. Otros parientes 15.No.parientes 16.Servicio doméstico/cuidandero 17.Pariente servicio doméstico/cuidan

No.	IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIEMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
	tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				SI/No				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
1	CC	1.116.153	915 Yairo	150621	Guasiruma	Osorio	F	070600	24	3	1	2	1	5	5	4	0	NO	1	05	1	0	NO	0	NO	NO	5i	16
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

Tipo Documento
CC- Cedula de Ciudadania
CE – Cedula de Extranjeria
PA – Pasaporte
RC- Registro Civil
TI – Tarjeta de Identidad
NT – No Tiene

Unidad de Medida
1- Dias
2 – Meses
3 – Años

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Tecnico o Tecnológico
4- Universidad
5- Posgrado 0 - Ninguno

Actividad Último Mes:
0 – Sin Actividad
1- Trabajando
2- Buscando Trabajo
3- Estudiando
4- Oficios en el Hogar
5- Rentista
6- Jubilado
7- Invalido

Tipo de Usuario
1- Subsidiado
2- Contributivo
3- Pobre no Asegurado
4- Particular
5- Régimen Especial

ETNIAS
0. No aplica
1. Indígena
2. ROM(GITANO)
3. Raizal (Archipiélago San Andrés y Providencia)
4. Palanquero de san Basilio
5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendientes

Por enfermedad, accidente o nacimiento tiene alguna de las siguientes condiciones de Forma permanente
1- Ceguera Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para moverse o caminar por sí mismo
5- Dificultad para bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo
6- Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañía
7- Dificultad para aprender o entender

Tipo de Discapacidad
1- Patológica
2- Accidente Laboral
3- Accidente de Transito
4- Enfermedad Profesional
5- Violenta
6- Desconocido

Ha asistido a programas de rehabilitación de acuerdo a la discapacidad.
1 – Si
2 – No
3 – No aplica

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

4. AMBIENTE FISICO

TIPO DE VIVIENDA
- 1.Casa o Apartamento
- 2.Cuarto
- 3.Otro tipo
- 4.Casa Indigena [X]

TENENCIA
- 1. Arriendo
- 2. Propia Pagando
- 3. Propia Pagada
- 4. Otra Condición [X]

TIPO DE ALUMBRADO PRINCIPAL
- 1. Electricidad [X]
- 2. Solar, Bioenergía, Otros
- 3.Gas Propano (cilindro)
- 4.Kerosene, Petróleo, Gasolina, Cocinol, Alcohol
- 5.Vela
- 6.Ninguno

SERVICIO SANITARIO
- 1. Inodoro con conexión a alcantarillado
- 2. Inodoro con conexión a pozo séptico
- 3. Inodoro sin conexión
- 4. Letrina o Bajamar [X]
- 5. No tiene

DE DONDE SE TOMA EL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO
- 1.Acueducto [X]
- 2.Pozo con Bomba
- 3.Pozo sin Bomba, Jagey
- 4.Agua Lluvia
- 5.Rio, quebrada, manantial, nacimiento
- 6.Pila Publica
- 7.Carro tanque
- 8.Aguatero
- 9.Donación

ESTRATO
- 1.Bajo bajo [X]
- 2.Bajo
- 3.Medio bajo
- 4.Medio
- 5.Medio Alto
- 6.Alto

RIESGO DE VIVIENDA
- 1. Vivienda con riesgo de deslizamiento
- 2. Vivienda con riesgo de inundación
- 3. Vivienda con riesgo de colapso
- 4. Número de personas por habitación 2

UBICACIÓN SANITARIO
- 1.Dentro
- 2.Fuera [X]
- 3.No Aplica

AGUA CASERA
- 1.Sin tratamiento [X]
- 2.Clorada
- 3.Filtrada
- 4.Hervida
- 5.Clarificación
- 6.Asoleo

RESERVORIOS DE AGUA
- 1. Cuantos 1
- 2. Positivos
- 3. Tanque bajo [X]
- 4. Tanque cubierto
- 5. Angeos en puertas y ventanas
- 6. Uso de toldillos [X]

MATERIAL PREDOMINANTE EN PISO
- 1. Alfombra o Tapete
- 2. Mármol, Parque, Madera pulida, Baldosa, Vinilo, Mineral, Tableta o ladrillo
- 3. Madera burda, Madera en mal estado, Esterilla
- 4. Tierra o Arena [X]
- 5. Esterilla
- 6. Otro

Estado del piso
- bueno
- malo

MATERIAL PREDOMINANTE EN TECHO
- 1. Deshechos
- 2. Paja o Palma.
- 3. Teja de barro, Zinc, Plástico, Plancha [X]
- 4. Asbesto

CIELO RASO?
SI/NO NO

CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO NO

Estado del techo
- bueno
- malo [X]

MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES
- 1. Bloque, Ladrillo, Madera
- 2. Tapia pisada, adobe
- 3. Bahareque
- 4. Material prefabricado
- 5. Madera burda, Tabla, Tablón
- 6. Guadua, Caña, Esterilla, Otro vegetal [X]
- 7 .Zinc, tela, Cartón, Latas, Deshechos, Plásticos [X]
- 8. Sin Paredes

Grietas en paredes SI/NO

ESTADO DE LA COCINA
- 1. Presencia humo de leña SI
- 2. Cocina aislada de los dormitorios
- 3. Cocina aislada del sanitario
- 4. Tiene nevera 2
- 5. Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas

RESIDUOS SOLIDOS ALMACENAMIENTO
- 1. Bolsas Plásticas SI
- 2.Costal o Estopa SI
- 3.Canecas Con tapa
- 4.Caneca Sin tapa
- 5.Suelo

DISPOSICIÓN
- 1.La recogen los servicios de aseo
- 2.La entierra
- 3. La queman
- 4. La tiran al patio, lote, zanja o baldío
- 5.La tiran al rio, caño, quebrada, laguna
- 6.La eliminan de otra forma

APROVECHAMIENTO (DE LOS RESIDUOS SOLIDOS)
- 1. Lombricultivo
- 2.Abono [X]
- 3.Reciclados

Separado de la Fuente

LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE
- Energía eléctrica [X]
- Gas Natural Domiciliario
- Recolección de Basura
- Alcantarillado
- Teléfono
- Acueducto

OTROS DATOS ADICIONALES

Actividad lucrativa dentro de la vivienda NO Nombre de la actividad NO

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA
- Detergente NO
- Pólvora
- Agroindustrial
- Gasolina o inflamable
- Plaguicidas NO
- Adecuado

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA

Consume medicamentos bajo fórmula médica SI/NO
Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad SI/NO NO
¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? SI/NO

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedores SI/NO
PERROS	0	1	0	0	0	0	0		SI
GATOS	0	0	0	0					Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	9	PORCINOS	0				0
OTROS	0	CUALES:	gallinas						

6. AMBIENTE PSICOLOGICO (Aplica solo para personas mayores de 10 años).

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen en la boca o tocan sus partes intimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se asea 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otra grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o mantiene con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Yohan	5	Si	Si	Si	NO	NO	NO	Si	Pareja
2										
3										
4										
5										
6										

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO.	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso espacios comunitarios por parte de los niños	Consideró en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención psicológica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Caseta comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Oración	4. Veeduría	6. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Yenia	NO	SI	NO	SI	S.	NO	SI	NO	S	SI	SI	S.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud		Otro / Cuál?	Pertenecen al programa
1	1,5			SI

1. Nuclear
2. Monoparental
3. Extensa
4. Reconstituida
5. Persona sola.

1. Ampliado de Inmunizaciones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Bucal.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Crónicas.
8. DLS o Secretaría.
9. TBC y Lepra
10. Seguridad Laboral
11. Zoonosis y ETV.
12. Emergencias y Desastres
13. Salud Ambiental.
14. Prestación de Servicios.
15. Hospital.
16. Otro.
17. Dirección local de Salud.

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción.
3. Juntas de Acción Comunal.
4. Media Pensión.
5. Ninguno

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

8. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asiste control prenatal	No. de controles	Asiste a curso psicoprofilactico	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico 1a.	Toxoide Tetánico 2a.	Influenza	DPT refuerzo	Antecedentes familiares 1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preclampsia	4.Gestación multiple	5.Otros	Antecedentes Personales	Embarazo actual: Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs)	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo se calcula automáticamente al guardar)	Tensión arterial	Movimientos fetales
1	Yors	Si	S	S	7	NO	Si	1		1	1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	05/12	4	50	50.2	140		90/6	NO

Tipo de sangre	ANTECEDESTES OBSTETRICOS: Riesgo biológico	Intervalo intergenesico	Historia Gestacional: No. de gestaciones	Partos vaginales: Vivos	Partos vaginales: Muertos	Cesareas: Vivos	Cesareas: Muertos	Abortos	Estado actual de los hijos: Vivos	Estado actual de los hijos: Muertos	Antecedente embarazo anterior (último embarazo): Diabetes gestacional	Hipertensión materna	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Sufrimiento fetal	Muerte neonatal	R.C.I.U.	Fecha último parto	Tipo parto	Exámenes de laboratorio: Serología	FTA-AB	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis
O+	NO	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	C	S	S	S	S	I

Micronutrientes: Hierro	Micronutrientes: Acido folico	Micronutrientes: Calcio	Por qué no los toma?	Sintomas de alarma: Salida de liquido vaginal (sangrado o liquido amniotico)	Sintomas de alarma: Disminución de movimientos fetales (después de que los empiece a sentir)	Sintomas de alarma: Sensación de fiebre con dolor en la boca del estomago	Sintomas de alarma: Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies	Sintomas de alarma: Dolor de cabeza persistente	Presencia de algunos de alarma	Remitir a: Control Prenatal	Curso Psicoprofilactico	Salud Bucal	Vacunación	Citologia	Planificación	Observaciones
S	S	S		N	N	N	+	N	-	S	Si	S	S	S	N	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA CTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Egreso hospitalari o por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Control de C y D	Número de veces que limpia la encia de su bebe al dia	Cuidado niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOSCIAL					

Tiempo en meses

1. Padres
2. Otro Familiar
3. Vecino o Amigo
4. Hogar Infantil o comunitario
5. Otro

¿Recibe almuerzo o refrigerio en guardería o escuela?	Consulta odontológica en los últimos 6 meses	Lleva a sus hijos a actividades laborales	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo para la edad	Remitir a			
							CYD.	PROGRAMA PAI	OTRO CUAL	OBSERVACIONES

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

10. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce prácticas claves AIPEI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en últimos 6 meses	Control de placa últimos 6 meses	Presencia de maltrato	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)					
		PESO (Kg)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automa	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares

EXPERIMENTACION			Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Prácticas clave lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Control C y D	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a				
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														C y D	Programa Salud Bucal	Otro / Cual	Observaciones
			1 Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro									1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada				

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de Horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al Dia	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organizacion es del barrio o la escuela	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de automá													

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Óvulos, tabletas 9.Implante su dérmico 10. Emergencia 11. Otros

1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. No consume

1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro

1.Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al dia	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos leguminosas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

12. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de prostata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testiculo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo es calculado automát										Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra
1	Laura	2	50.5	1.40		NO	NO	SI	NO	NA	5	NO	NO	2	NO	0	0	0

1. Si 2.No 3.No aplica

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Óvulos, tabletas 9. . Implante subdérmico 10. Emergencia 11. Otros

1. Mensual 2. Bimensual 3. Semestral 4. Nunca

1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. No consume

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, tubérculos y platanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Observaciones
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	N	NO	NO	SI	NO	NO	N	NO	NO	SI	NO	NO	SI	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

1	ETA	NO
2	IRA	NO
3	EDA	NO
4	TUBERCULOSIS O LEPRA	NO
5	MALARIA	NO
6	DIABETES MILLITUS	NO
7	CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS	NO
8	CHIKUNGUYA	NO
9	SINTOMATICO RESPIRATORIO	NO
10	OTRO / CUAL _____	NO
11	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	NO
12	VIOLENCIA SEXUAL	NO
13	TRASTORNO MENTAL Y/O DEL COMPORTAMIENTO	NO

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

1	ENFERMEDAD CORONARIA	NO
2	ENFERMEDAD RESPIRATORIA	NO
3	HOMICIDIO	NO
4	SUICIDIO	NO
5	ACCIDENTE DE TRANSITO	NO
6	CANCER	NO
7	VIH	NO
8	TUBERCULOSIS O LEPRA	NO
9	ENFERMEDAD PROFESIONAL	NO
10	ACCIDENTE LABORAL	NO
11	OTRO / CUAL	NO


Yaira dos gestan...

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio: BALBOA	Barrio o Vereda LLANOGRANDE	Direccion RESGUARDO KARABIDRUA	Ficha familiar No. 834

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	6	7	2024	V2				V3			

Responsable 1: JESSICA TATIANA MOSQUERA ESPINOSA Responsable 2: JESUS ANTONIO HERNANDEZ CASTRILLON	Responsable 1: Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar: WILSON CHARICHA GUASIRUMA	Nombre de quien recibe la visita: YAHIRA ISABEL GUASIRUMA OSORIO	N° telefono contacto 3147120154

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN INADECUADAS CONDICIONES CON PLASTICO PARA SEPARAR HABITACIONES, TIENE PISO EN TIERRA , NO CUENTAN CON AGUA POTABLE NO TIENE PAREDES SOLIDAS NO CUENTAN CON ALMACENAMIENTO D RESIDUOS SOLIDOS, NO CUENTAN CON RECOLECCION DE BASURAS POR LO QUE LAS QUEMAN. SE BRINDA EDUCACION SEGUN HALLAZGOS , SE REMITE USUARIO SEGUN CURSO DE VIDA AL MEDICO GENETAL., PSICOLOGIA,PLANEACION Y SALUD BUCAL.
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	FOGON DE LEÑA SIN SALIDA DE HUMO	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA D ETENER UNA CHIMENEA Y SALIDA DE HUMO YA QUE ESTO GENERA PROBLEMA EN LOS PULMONES,DIFICULTAD PARA RESPIRAR LO Q CON EL TIEMPO PUEDE TERMINAR EN EPOC POR LO QUE SE EXPLICA QUE ES LA ENFERMEDAD SIGNOS Y SINTOMAS Y Q NO TIENE CURA POR LO TANTO SE REMITE A PLANEACION PARA POSIBLE SOLUCION DEL PROBLEMA.	A M B	A M B	A M B
2	PREGENCIA DE ROHEDORES (RATONES)	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE TRANSMITEN LOS RATONES COMO LEPTOESPIROSIS,TIFU MURINO,GALMONELOSIS ENTRE OTRAS POR LO QUE SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE NO DEJAR ALIMENTOS DESTAPADOS,LAVAR TODOS LOS ALIMENTOS ANTES DE SER CONSIMIDOS, EL CONSTANTE LAVADO DE MANOS Y LIMPIEZA DEL HOGAR PARA EVITAR ESTE TIPO DE ENFERMEDADES, SE REMITE AL TECNICO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA REALIZAR FUMIGACION EN EL HOGAR	A M B	A M B	A M B
3	HOGAR SIN AGUA POTABLE	SE BRINDA EDUCACION A LA FAMILIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE HERVIR EL AGUA ANTES DE SER CONSUMIDA POR LOS ALTOS VIRUS,PARASITOS,BACTERIAS Y MICROBIOS QUE ESTA TIENE, Y SE EXPLICA QUE DE ESTA MENERA SE PREVIENEN ENFERMEDADES COMO DIARREAS,HEPATITIS A,AMEBIASIS O DESENTERIA AMEBIAN. REVISION A MEDICINA GENERAL POR PRESENCIA DE DIARREA EN LA COMUNIDAD Y DOLOR DE ESTOAMGO	A M B	A M B	A M B
4	HOGAR SIN INODORO	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LOS CUIDADOS QUE DEBEN TENER COMO LAVADO DE MANOS CONSTEANTE ANTES Y DESPUES DE IR AL POSO SEPTICO SE HABLO SOBRE LA HEPATITIS A, E, COLI,SALMONELA ENTRE OTROS SE EXPLICO LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ESTAS PATOLOGIAS SE REMITE A PLANEACION PARA LA EVALUACION DEL TERRENO Y LA POSIBILIDAD DE UN INODORO.	A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	JOVEN YAHIRA DE 24 AÑOS CON 17 SEMANAS DE GESTACION SIN CURSO PSICPROFILACTICO	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE ASISTIR AL CURSO PSICOPROFILACTICO DONDE SE ANALIZAN RIESGO Y POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO COMO PRECLAMPSIA O ECLAMPSIA Y SE HABLA DE LA IMPORTANCIA DE REALIZAR EJERCICIOS EN EL EMBARAZO Y LA FORMA DE HACERLOS SE REMITE A AL CURSO PSICOPROFILACTICO POR ENFERMERIA	A M B	A M B	A M B
2	JOVEN YAHIRA DE 24 AÑOS CON 17 SEMANAS DE GESTACION SIN VACUNA DE TD	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCI DE VACUNARSE DURANTE EL EMBARAZO PARA PREVENIR EL VIRUS DE LA INFLUENZA Y DIFERENTES ENFERMEDADES QUE PUEDE AFECTAR AL BEEBE POR LO SE REMITE AL PROGRAMA DE VACUNACION PARA LA APLICACION DE LA VACUNA DE TD	A M B	A M B	A M B

3	JOVEN YAHIRA DE 24 AÑOS CON 17 SEMANAS DE GESTACION SIN CITOLOGIAS	SE LE EXPLICA A LA GESTANTE LA IMPORTANCIA DE LA CITOLOGIA EN EL EMBARAZO PARA DETECTAR A TIEMPO EMFERMEDADES QUE PUEDAN PONER EN RIESGO AL BEBE Y LA MADRE COMO CANDIDIASIS,VPH,CANCER SE REMITE AL PROGRAMA DE ENFERMERIA PARA CITOLOGIA CONVENCIONAL	A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

DILIGENCIADO

POR: JESSICA TATIANA MOSQUERA ESPINOSA
Nombre y Apellidos
Profesión: ENFERMERA

ACOMPAÑADO

POR: JESUS ANTONIO HERNANDEZ
Nombre y Apellidos
Profesión: AUXILIAR DE ENFERMERIA