INFORME 1 PIC DEPARTAMENTAL BALBOA RISARALDA 2024

OBLIGACION 1
CARACTERIZACION
APS

ZONA RURAL
VEREDA LLANO GRANDE

FOLIO VI

FECHA DE CARACTERIZACION 08 DE JULIO 2024

DUPLA 2

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

Fachada de plan cuidado.

⇒ 503 ✓

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	130/000			V. llanogrande	Finca. El capricho

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Jesus Antonio H.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.977 784	LONGITUD	-75.94665 47
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	503	FAMILIA	1	COHORTE	A.
FECHA VISITA	08-07-2024				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV					
No. De Personas de la Familia					

DATOS SISBEN	
FICHA	66075015522100006 7-00
GRUPO	SUBGRUPO: A3
PUNTAJE	Pobreta Extrema
NIVEL	
DIRECCION	V. llano grande.
TELEFONO	320 8752057
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

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	75090967	LUIS	Fernando	RUIZ	CORTES.	M	04.06	52	A	1	1	1	SI	5	1	0	N	1	SI	0	N	N		N	N	N	
2	CC	30395967	LUZ	NELLY	GALVIS	GUALDO	F	20.07.76	47	A	1	2	2	SI	6	4	U	S	1	SI	1	N	U		N	N	N	
3	TI	1090043509	NATALIA		RIOS	GALVIS	F	29.06.99	23	A	5	3	2	SI	11	1	U	N	1	SI	1	N	C		N	N	N	
4	TI	1.088276618	LUIS	FELIPE	RIOS	GALVIS	M	22.02.07	17	A	5	3	2	SI	11	1	0	NO	1	SI	1	N	Y		N	N	N	
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. 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 — X
- 4.Casa Indígena

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

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 — X
- 3. Inodoro sin conexión
- 4. Letrina o Bajamar
- 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 — X
- 6.Pila Publica
- 7.Carro tanque
- 8.Aguatero
- 9.Donación

ESTRATO
- 1.Bajo bajo
- 2.Bajo — X
- 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 — 1

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

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

RESERVORIOS DE AGUA
- 1. Cuantos — 2
- 2. Positivos — 3
- 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
- 5. Esterilla
- 6. Otro — X

Estado del piso
- bueno — X
- malo

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

CIELO RASO? SI/NO — Si
CIELO RASO ADECUADO? SI/NO — Si

Estado del techo
- bueno — Si
- malo

MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES
- 1. Bloque, Ladrillo, Madera
- 2. Tapia pisada, adobe — X
- 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 — NO

ESTADO DE LA COCINA
- 1. Presencia humo de leña — Si
- 2. Cocina aislada de los dormitorios — Si
- 3. Cocina aislada del sanitario — Si
- 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 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

Energia eléctrica	X	Alcantarillado	Si
Gas Natural Domiciliario		Teléfono	Si
Recolección de Basura		Acueducto	Si

OTROS DATOS ADICIONALES

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

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
- Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad SI/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		1	3	5		1	0		NO
GATOS	1		5	5	1		0		Caracol africano SI/NO
EQUINOS		AVES		PORCINOS					NO
OTROS		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		N	N.	NO	NO	NO	NO	NO		
2		N	N	NO	NO	NO	NO	NO		
3		N	N	NO	NO	NO	NO	NO		
4		N	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
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	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	Luis	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2	Luz marina	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3	Natalia	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
4	Luis	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
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	Ninguno			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 momneto del embarazo	Asiste a control prenatal	No. de controles	Asiste a curso psicoprofiláctico	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	Fecha probable de 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 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	PTA-AS	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 líquido vaginal (sangrado o líquido amniótico)	Disminución de movimientos fetales (después de las 20 semanas se debe sentir)	Sensación de luces o pitos, dolor en la boca del estómago	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
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 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 (Kg)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de automá													
	LUIS F	NO	64.	1.99		NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	5	N	1	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 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
5																
5	3	1	5	1	5	5	5	5	5	N	5	NO	SI	NO	5	

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 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
	Natalia	N	71.5	1.56		NO	5.2	5	5	NA	N	NO,4	NA	NO	N	U	U	U

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 legumin osas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Observaciones
Normal	S	S	S	N	N	N	V	N	N	N	N											
												N	9	S	7	S	S	S	S	S	N	

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.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamización 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	Asiste a programa de 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 psicosocial familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)		Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								
0	Luz Marina	N	NO	S	62	1.58		5	N	N	N	N	100	60	94	99		N	N	N	N	
1	Fernando	S	S	N	74.	1.66		5	N	N	N	N	140	80	93	103		N	N	NO	N	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.Cereales, raíces, tubérculos y	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta s	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	
F	N	N	N	U	N	N		S	N	N	N	S	S	S	S	N	S	N	N	N	S	N	S	
N	N	N	N	N	N	N		N	N	N	N	S	S	S	S	N	-	N	N	N	S	N	S	

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	SI
3	EDA	SI
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	SI
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



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 FINCA EL CAPRICHO	Ficha familiar No.503

	DIA	MES	AÑO
V1	8	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: LUIS FERNANDO RIOS CORTES	Nombre de quien recibe la visita:LUZ MARIA GALBES GIRALDO	N° telefono contacto :3208752057

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, AMBIENTE FISICO: VIVIENDA CON EXTRUCTURA SOLIDA, PISOS Y PAREDES EN ADOBE CON CIELO RAZO . PISO EN BALDOSA SE BRINDA EDUCACION SEGUN HALLASGOS , SE REMITE USUARIO SEGUN CURSO DE VIDA AL MEDICO 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	PRESECIA DE ROHEDORES RATONES	SE BRINDA EDUCACION SOBRE NO DEJAR ALIMENTOS DESTAPADOS,LAVAR LOS ALIMENTOS ANTES DE CONSUMIRLOS Y LA BUENA HIGIENE DE MANOS ANTES Y DESPUES DE COCINAR SE REMITE AL TECNICO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA FUMIGACION	A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	ADULTO FERNANDO RIOS 52 AÑOS DE EDAD SIN TAMIZAJE VISUAL POR CICLO DE VIDA ADULTEZ	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA AGUDEZA VISUAL EN ESTE CICLO DE VIDA ADULTEZ YA QUE UN METODO DE DETECCION TEMPRANA PARA POSIBLES COMPLICACIONES VISUALES Y ENFERMEDADES , SE REALIZA REMISION DEA MEDICINA GENERAL PARA REALIZAR EL TAMIZAJE VISUAL.	A M B	A M B	A M B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2	ADULTO MARINA GALBES GIRALDO 48 AÑOS SIN TAMIZAJE VISUAL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE CONTINUAL LOS CONTROLES Y EL TAMIZAJE VISUAL EN ESTE CICLO DE VIDA PARA DETENCCION DE ENFERMEDADES A NIVEL VISUAL COMO MIOPIA,ASTICMATISMO E INFECCIONES. SE REALIZA REMISION A MEDICO GENERAL PARA TAMIZAJE VISUAL.	✖ A M B	A M B	A M B
3	ADOLESCENTE NATALIA RIOS DE 25 AÑOS DE EDAD SIN EXAMEN DE ODONTOLOGIA	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CEPILLADO DIARIO, LA FORMA CORRECTA DE CEPILLARSE Y LA LA IMPORTANCIA DE ASISTIR A ODONTOLOGÍA 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
4	ADOLESCENTE NATALIA RIOS DE 25 AÑOS DE EDAD SIN TAMIZAJE VISUAL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCID DEL TAMIZAJE VISUAL EN ESTE CICLO DE VIDA PARA DETENCCION DE ENFERMEDADES A NIVEL VISUAL COMO MIOPIA,ASTICMATISMO E INFECCIONES. SE REALIZA REMISION A MEDICO GENERAL PARA TAMIZAJE VISUAL.	✖ A M B	A M B	A M B
5	ADOLESCENTE NATALIA RIOS DE 25 AÑOS DE EDAD SIN ATENCION CON MEDICO GENERAL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE ASISTIR A CONDTROLES MEDICOS PARA DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA ODOLESCENCIA Y CONTROL DE RIESGOS SE REMITE CON MEDICO GENERAL PARA ENVIO DE PRUEBA RAPIDA DE VIH,TREPONEMICA,HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO	✖ A M B	A M B	A M B
6	ADOLESCENTE FELIPE RIOS GALBES 17 SIN TAMIZAJE VISUAL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCID DE CONTINUAL LOS CONTROLES DEL ADOLESCENTE Y EL TAMIZAJE VISUAL EN ESTE CICLO DE VIDA PARA DETENCCION DE ENFERMEDADES A NIVEL VISUAL COMO MIOPIA,ASTICMATISMO E INFECCIONES. SE REALIZA REMISION A MEDICO GENERAL PARA TAMIZAJE VISUAL.	✖ A M B	A M B	A M B
7	ADOLESCENTE FELIPE RIOS GALBES 17 AÑOS SIN CONTROL POR ENFERMERIA	ADOLESCENTE A QUIEN SE LE BRINDA INFORMACION SSOBRE LA IMPORTANCIA DE ESTAR ENTERADO SOBRE LA SALUD EXAMENES GENERALES SE EXPLICA QUE DEBE SEGUIR EN CONTROLES EN CADA CICLO DE VIDA SE REMITE A CONTROL POR ODONTOLOGIA	✖ A M B	A M B	A M B
8	ADOLESCENTE FELIPE RIOS GALBES 17 AÑOS SIN CONTROL DE PLANIFICACION FAMILIAR	SE BRINDA INFORMACION SOBRE LOS DIFERENTES METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN ESPECIAL EL USO ADECUADO DEL PRESERVATIVO Y LA FORMA DE UTILIZARLO SE REMITE A MEDICO GENERAL PARA CONTROL DE PLANIFICACION	✖ A M B	A M B	A M B
9			✖ 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

fechado ok todo ok. 871 plan cuidado

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	R		V. llano grande	Finca Aguero

DATOS DE LA FAMILIA

VIVIENDA	871	FAMILIA	1	COHORTE	A
FECHA VISITA	08-07-24				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1 salario				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN

FICHA	6607504557210000 3315
GRUPO	SUBGRUPO: B3
PUNTAJE	Pobreza moderada
NIVEL	
DIRECCION	V. llano grande.
TELEFONO	314. 274 5391
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Jesus Antonio H. C			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.977 8351	LONGITUD	-75.94.65 85
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)
Hernan	de Jesus	Gutierrez	Sanchez	M	edad 75 an	-

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 NACIMIENTO	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 NA	SI/NO	No. Meses
1	CC	24510442	Luz	Amparo	Valle	Ramirez	F	16/09/51	72	3	1	2	2	S	11	4	0	NO	1	DSM	3	N			N	0	0	0
2																												
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. 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 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 X
4.Casa Indígena

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

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 X
3. Inodoro sin conexión
4. Letrina o Bajamar
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
2.Bajo X
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
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 NO
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 X
4. Tierra o Arena
5. Esterilla
6. Otro

Estado del piso
bueno
malo X

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

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

Estado del techo
bueno X
malo

MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES
1. Bloque, Ladrillo, Madera
2. Tapia pisada, adobe X
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 NO
2. Cocina aislada de los dormitorios SI
3. Cocina aislada del sanitario SI
4. Tiene nevera
5. Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas SI

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 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

Energia eléctrica	X	Alcantarillado	
Gas Natural Domiciliario		Teléfono	NO
Recolección de Basura		Acueducto	NO

OTROS DATOS ADICIONALES

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

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA

Detergente	NO	Gasolina o inflamable	NO
Pólvora	NO	Plaguicidas	NO
Agroindustrial		Adecuado	NO

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		No
GATOS	0	2	0	0	0	0	0		Caracol africano SI/NO
EQUINOS		AVES	2	PORCINOS					No
OTROS		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	Luz Amparo	NO	NO	Si, 1.	NO	NO	NO	NO		
2										
3										
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	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	Luz. dimpcno	NO	NO	NO	NO	NO	S	NO	S	S	NO	NO	NO	N	N	Si	N	N	N	O	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaria de Salud		Otro / Cuál?	Pertenecen al programa
15	NO			S

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 psicoprofilaxis	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	Fecha probable de parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo se calculado 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	Nacimiento 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							Observaciones
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 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 Psicoprofilactico	Salud Bucal	Vacunación	Citologia	Planificación		

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 C y D	Número de veces que limpia la encia 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					

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
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce prácticas claves AIEPI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico cada 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.(1-4-6)					
		PESO (Kg)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automa	MOTRICIDAD GRUESA Y	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátano	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 o EDA en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Prácticas claves 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 es calculado 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 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

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

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									

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.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Cerdo, huevos, leguminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto x	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamiz Jo Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaría 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	Índice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia psicológica en familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo calcula automa		Licor	Nº Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								
	Jue	S	S	NO	51	1.48		NO	N	N	N	NO	80	60	80	90		NO	NO	N	N	

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.Otro	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y	2.Hortalizas y legúminosas verdes	3.Fruta	4.Carne, huevos legúminosas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
SI	NO	N	S	N	N	N	N	S	N	N	N	S	S	S	S	S	S	N	SI	N	S	NO	S	

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 ☐

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: FINCA	Ficha familiar No. 871

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	8	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: HERNAN DE JESUS GUTIERREZ SANCHEZ	Nombre de quién recibe la visita:LUZ AMPARO VALLE RAMIREZ	N° telefono contacto 3142743391

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN ADOBE CON BUENA EXTRUTURA FISICA SIN CIELO RAZO SE BRINDA EDUCACION SEGUN HALLASGOS , SE REMITE USUARIO SEGUN CURSO DE VIDA AL MEDICO GENETAL,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	SIN RECOLECCION DE RESIDUOS SOLIDOS QUEMAN LAS BASURAS	SE REALIZA EDUCACION SOBRE LA RECOLECCION DE RESIDUOS LA BUENA HIGIENE CON LOS RESIDUOS Y EL CUIDADO CON EL MEDIO AMBIENTE YA QUE QUEMAR BASURAS CONTINA SE EDUCA SOBRE LA OPCION DE ENTERRA LAS BASURAS	A M B	A M B	A M B
2	ANIMALES SIN VACUNAR Y SIN ESTERILIZAR	SE EDUCA SOBRE LA IMPORTANCIA DE VACUNAR LOS ANIMALES YA QUE DESARROLLAN UNA ENFERMEDAD LLAMADA RABIA QUE AL MORDER A CUALQUIER SER HUMANO PUEDE DESARROLLAR LA ENFERMEDAD POR LO TANTO SE REMITE AL TECNICO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA VACINACION DE LOS ANIMALES	A M B	A M B	A M B
3	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

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	ADULTA LUZ AMPARO VALLE DE 73 AÑOS DE EDAD SIN EXAMEN ODONTOLOGICO SEGÚN CICLO DE VIDA ADULTEZ	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CEPILLADO DIARIO 3 VECES AL DIA O LAS VECES QUE LA PERSONA COMA, LA FORMA CORRECTA DE CEPILLARSE, EL USO DE CEDA DENTAL Y LA LA IMPORTANCIA DE ASISTIR A ODONTOLOGIA PARA EL CUIDADO DE LOS DIENTES, 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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2	ADULTA LUZ AMPARO VALLE DE 73 AÑOS DE EDAD SIN TAMIZAJE VISUAL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA AGUDEZA VISUAL EN ESTE CICLO DE VIDA VEJEZ YA QUE UN METODO DE DETECCION TEMPRANA PARA POSIBLES COMPLICACIONES VISUALES, SE REALIZA REMISION DEA MEDICINA GENERAL PARA REALIZAR EL TAMIZAJE VISUAL.	✖ A M B	A M B	A M B
3	ADULTA LUZ AMPARO VALLE DE 73 AÑOS DE EDAD QUIEN REFIERE TRISTEZA INICIO DE DEPRESION POR LA SOLEDAD	SE BRINDA EDUCACION SOBRE TRATAR DE MANTENER LA MENTE OCUPADA EN ALGO QUE LE GUSTE COMO CUIDADO DE LAS MATAS,MANUALIDADES,PINTURA ENTRE OTROS PARA MANTENER LA MENTE OCUPADA SE REMITE CON PSICOLOGIA	✖ 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


Luz Amparo Valle

OK Fachada OK
plan cuidado

870.

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	R		Naranjal	El Llanito

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Jesus Antonio Hernandez			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.9788272	LONGITUD	-75.9503749
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	870	FAMILIA		COHORTE	A
FECHA VISITA	06/07/24.				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	4.				

DATOS SISBEN	
FICHA	52435010472240000223
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	D
NIVEL	1
DIRECCION	V. Naranjal de El Llanito
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

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)
Benito	---	jam.		n	10. 01. 64 60	✓
Juan	David	valdenebro	padiño	n	27	

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 NA	SI/NO	No. Meses
1	CC	52292957	ALBA	RUT	PATIÑO	FLOREZ	F	17.11.72	51	3	2	2	1	S	3	L	0	N	1	AS	0	N		N	N	N	
2	CC	1090076963	YINETH	PATRICIA	VALDERRAMA	PATIÑO	F	03.11.93	30	3	4	3	2	S	11	4	0	N	1	AS	0	N		N	N	N	
3	CC	1075550631	GUILMER	ALFONSO	RIOS	PATIÑO	M	28.11.07	20	3	S	3	2	S	11	1	0	S	2	AS	0	N		N	N	N	
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

ETNAS
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 X
4.Casa Indigena

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

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 X
4. Letrina o Bajamar
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
2.Bajo X
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 2 3

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

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

RESERVORIOS DE AGUA
1. Cuantos 2 2 3
2. Positivos SI SI SI
3. Tanque bajo NO NO NO
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 X
3. Madera burda, Madera en mal estado, Esterilla
4. Tierra o Arena
5. Esterilla
6. Otro

Estado del piso
bueno X
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 X
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 X
2. Cocina aislada de los dormitorios SI
3. Cocina aislada del sanitario X
4. Tiene nevera
5. Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas NO

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 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 SI

LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE

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

OTROS DATOS ADICIONALES

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

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA

Detergente	NO	Gasolina o inflamable	NO
Pólvora	NO	Plaguicidas	NO
Agroindustrial	NO	Adecuado	NO

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	1	3	0	1	0	1	0		NO
GATOS	3	2	0	0	0	1			Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	14	PORCINOS	0				
OTROS		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		N	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
3		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	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. Activida d física	3. Oración	4. Veeduría	6. Ecológic o	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Jesus Patricio	N	N	N	N	S	S	N	N	N	N	N	NO	N	S	N	N	N	N		
2		N	N	N	N	S	S	N	N	N	N	N	NO	N	N	N	N	N	N		
3	Wilmer	N	N	N	N	S	S	N	NO	N	N	N	NO	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 / Cuál?	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 psicoprofilácti co	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT actular	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabete s	3.Preclam psia	4.Gestaci ón multiple	5.Otros		Fecha última mestrual on	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo es calculado automátic amente al guardar el	Tension arterial	Movimient os fetales

Tipo de sangre	ANTECEDESTES OBSTETRICOS									Antecedente embarazo anterior (último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Riesgo biologico	Intervalo Intergenesico	Historia Gestacional					Estado actual de los hijos		Diabetes gestacional	Hipertension material	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Sufrimiento fetal	Muerte neonatal	R.C.I.U.	Fecha último parto	Tipo parto	Serologia	PTA-AS	Vih	Hepatitis B	Toxoplasmosis
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Micronutrientes			Por que no los toma?	Sintomas de alarma					Presencia de alntomas de alarma	Remitir a						
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de liquido vaginal (sangrado o liquido amniotico)	Disminución de movimientos fetales (después de que los empiece a sentir)	Sensacion de bloqueo pelvico, dolor en bajo del estomago	Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies	Dolor de cabeza persistente		Control Prenatal	Curso Psicoprofilactico	Salud Bucal	Vacunación	Citologia	Planificación	Observaciones

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	MOTROCIDAD 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 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

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 clave AIEPI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico en los 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.(1-4-5)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automa	MOTRICIDAD GRUESA Y	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raices, tuberculos y platano	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y	5.Lacteos	6.Grasas y azucares

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 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 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

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 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 campos calculado automát										Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra
	Wilmar	NO	65	1.75		NO	NO	N	NO	NO	N	NO	NO	3	N	N	N	N

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 legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumbres secas y mezcla	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Observaciones
Normal	9	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	5	5	5	5	5	5	5/1	5/1	6/1	N/D	Jornada

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 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	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 manera automática)		Licor	Nº Cigarrillos al día	SPA	Consumo de cloroformo	Sistólica	Diastólica									
1	[illegible]	N	NP	N	76	153		1	N	N	N	N	120	90	100	115		N	N	N	N	NO	4.
2	PA.	N	NP	N	50	1.60		1	N	N	N	N	120	80	68	99		N	N	N	N	NO	1

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.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto x	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamización Visual	Citología	Rutas de promoción y mantenimiento	Observaciones
S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S/I	S/I	NO	S/I	S	S/I	
N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S/I	S/I	S/I	S/I	S	S/I	

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

Version 13.
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asista 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	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
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula automa		Licor	N° Cigarrillos Al día	BPA	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.Cáncer	5.Otra	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal crónica	EPOC	1.Cereales, tubérculos y	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carne, huevo 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	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

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	Direccción LLANOGRANDE	Ficha familiar No. 870

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	9	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: ALBA RUTH PATIÑO FORERO	Nombre de quién recibe la visita: ALBA RUTH PATIÑO FORERO	N° telefono contacto 3137121201

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN INADECUADAS CONDICIONES, CON PUERTAS Y PISO EN TABLA Y CEMENTO, MATERIAL DE BAREQUE REBOCADO PARA DARLE MAYOR ESTBILIDAD, TECHO EN ZINC, CIELO RAZO IMPROVISADO Y PARCIALMENTE DESCUBIERTO, NO CUENTAN CON AGUA POTABLE CASA, CUENTAN CON INODORO CON CONECCIÓN A POZO SEPTICO, NO CUENTAN CON ALMACENAMIENTO DE RESIDUOS SOLIDOS, NO CUENTAN CON RECOLECCION DE BASURAS, SE BRINDA EDUCACION SEGUN HALLAZGOS , 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 BAREQUE REBOCADO	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LOS CUIDADO CON LA CASA EN BAREQUE REBOCADO QUE LE DA MAYOR ESTABILIDAD A LOS CIMIENTOS, SE RESALTAN GRIETAS QUE SE ENCUENTRAN EN EN LA ESTRUCTURA DE LA CASA, UTILIZAR TOLDILLO YA QUE LA CASA NO TIENE CIELO RAZO Y PUEDEN PASAR FACIL LOS ANIMALES SE EDUCA SOBRE TENER LOS ALIMENTOS TAPADOS	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 ESTOAMAGO	A M B	A M B	A M B
4	COCINAN CON PIPA DE GAS	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA REVISIÓN DEL ESTADO DE LA PIPA DE GAS PARA EVITAR POSIBLES FUGAS O FALLAS QUE PUEDAN OCASIONAR UN RIESGO PARA LA VIDA DE LAS PERSONAS Y EL ENTORNO	A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	ALBA RUTH PATIÑO FORERO/ 51 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN ATENCIÓN MEDICA	SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA CONSULTA CON MEDICINA GENERAL EN PROGRAMA DE ADULTEZ PARA UN BUEN MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDADES QUE SE PUEDAN PRESENTAR, SE REMITE A MEDICINA GENERAL	A M B	A M B	A M B

2	ALBA RUTH PATIÑO FORERO/ 51 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ 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
3	ALBA RUTH PATIÑO FORERO/ 51 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ 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 M B	A M B	A M B
4	ALBA RUTH PATIÑO FORERO/ 51 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN TOMA DE CITOLOGIA CONVENCIONAL	SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA TOMA DE CITOLOGIA PARA TAMIZAJE DE CANCER CERVICO UTERINO, DESCARTAR PRESENCIA DE VPH, SE BRINDA INFORMACION SOBRE LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN Y SE REMITE A ENFERMERÍA PARA TOMA DE CITOLOGIA	A M B	A M B	A M B
N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
5	YINETH PATRICIA VALDERRAMA PATIÑO/ 30 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN ATENCIÓN MEDICA	SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA CONSULTA CON MEDICINA GENERAL EN PROGRAMA DE ADULTEZ PARA UN BUEN MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDADES QUE SE PUEDAN PRESENTAR, SE REMITE A MEDICINA GENERAL	A M B	A M B	A M B
6	YINETH PATRICIA VALDERRAMA PATIÑO/ 30 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ 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
7	YINETH PATRICIA VALDERRAMA PATIÑO/ 30 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN CONSULTA DE PLANIFICACION	SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZAR CONSULTA DE ATENCIÓN POR ENFERMERÍA PARA DIVERSAS ASESORIAS QUE HACEN PARTE DEL CICLO DE VIDA; BRINDAR LA ASESORIA EN ANTICONCEPCIÓN Y LA CONSULTA POR PRIMERA VEZ DE PLANIFICACIÓN	A M B	A M B	A M B
8	YINETH PATRICIA VALDERRAMA PATIÑO/ 30 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ 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 M B	A M B	A M B
9	YINETH PATRICIA VALDERRAMA PATIÑO/ 30 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN TOMA DE CITOLOGIA CONVENCIONAL	SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA TOMA DE CITOLOGIA PARA TAMIZAJE DE CANCER CERVICO UTERINO, DESCARTAR PRESENCIA DE VPH, SE BRINDA INFORMACION SOBRE LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN Y SE REMITE A ENFERMERÍA PARA TOMA DE CITOLOGIA	A M B	A M B	A M B
N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
10	WILMER ALFONSO RIOS PATIÑO/ 20 AÑOS DE EDAD, EN JUVENTUD/ SIN ATENCIÓN MEDICA	SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA CONSULTA CON MEDICINA GENERAL EN PROGRAMA DE JUVENTUD PARA UN BUEN MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y DETECCIÓN TEMPRANA DE ENFERMEDADES QUE SE PUEDAN PRESENTAR, SE REMITE A MEDICINA GENERAL	A M B	A M B	A M B

11	WILMER ALFONSO RIOS PATIÑO/ 20 AÑOS DE EDAD, EN JUVENTUD/ 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 X B	A M B	A M B

DILIGENCIADO

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

ACOMPAÑADO

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

tachado ok diligenciada falta plan de vida

869

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	Risaralda		Llanagranda	Finca La Fortuna

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Jesus Antonio Hernandez C			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.9760599	LONGITUD	-75.9460801
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA

VIVIENDA	869	FAMILIA	1	COHORTE	A
FECHA VISITA	08/07/24				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	120.000 — 1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN

FICHA	660750185730000000013
GRUPO	SUBGRUPO: B5
PUNTAJE	Pobreta extremal.
NIVEL	
DIRECCION	V llanagranda F La fortuna
TELEFONO	312. 8580875
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

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)
Jose	Dario	cortes	— o —	M	09.04.53 71. años	/

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	TI	24.956.418	Nano	Gloria	Gil	Ospina	F	03055/	70	3	1	2	1	SI	3	4	0	NO	1	DUT	0	NO	NO	U	0	N	NO	0
2																												
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. 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 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
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

4. AMBIENTE FISICO

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

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

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 X
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 X
6.Pila Publica
7.Carro tanque
8.Aguatero
9.Donación

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

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

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

AGUA CASERA
1.Sin tratamiento
2.Clorada
3.Filtrada
4.Hervida X
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 NO
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 X
4. Tierra o Arena
5. Esterilla
6. Otro

Estado del piso
bueno
malo X

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

CIELO RASO?
SI/NO X
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
8. Sin Paredes

Grietas en paredes SI/NO

ESTADO DE LA COCINA
1. Presencia humo de leña SI
2. Cocina aislada de los dormitorios SI
3. Cocina aislada del sanitario SI
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 X
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 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	SI	Alcantarillado	NO
Gas Natural Domiciliario	SI	Teléfono	NO
Recolección de Basura	NO	Acueducto	NO

OTROS DATOS ADICIONALES

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

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 SI
¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? SI/NO SI

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaría 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		0
GATOS	0								Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	1	PORCINOS	0				0
OTROS		CUALES:	Loro						

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	Nancy Gloria	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2										
3										
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	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. Veeduria	6. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Yans Gloria	NO	NO	NO	NO	NO	Si	NO	Si	NO	No	NO	NO	NO	NO	No	N	NO	N	N	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaria de Salud		Otro / Cuál?	Pertenecen al programa
1	15			NO

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 psicoprofilactico	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT anterior	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preeclampsia	4.Gestación multiple	5.Otros		Fecha ultima menstruación	Fecha probable de parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo se calculacto automaticamente al guardar el	Tensión arterial	Movimientos fetales

Tipo de sangre	ANTECEDESTES OBSTETRICOS									Antecedente embarazo anterior (último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Riesgo biológico	Incidente intergenésico	Historia Gestacional					Estado actual de los hijos		Diabetes gestacional	Hipertensión inducida	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Sufrimiento fetal	Muerte neonatal	R.C.I.U.	Fecha último parto	Tipo parto	Serología	PTA-AS	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 amniotico)	Disminución de movimientos fetales (despues 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 Psicoprofilactico	Salud Bucal	Vacunación	Citologia	Planificación	Observaciones

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 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 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 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

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 prácticas claves AIPEI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico cumplido 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación 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 (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)	MOTRICIDAD GRUESA Y	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										1.Cereales, raices, tuberculos y platano	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumbres secas y	5.Lacteos	6.Grasas y dulces

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				Observaciones
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														C y D	Programa Salud Bucal	Otro / Cual		
			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 Día	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 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

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 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

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.Leche	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

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa de control del adulto	Examen de prostata 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 automá		Licor	N° 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.Otro	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, 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	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 de forma automa		Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								
1	Grandpa	S	S	NA	60.2	1.72		0	0	0	0	0	150	90		90	109	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, pescado, huevos y	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumbres	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	
NO	S	Si	S	S			N	S	N	NO	NO	S	S	N	S	NO	NO	NO	S	NO	Si	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	
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	


María Gloria

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 FINNCA LA FORTUNA	Ficha familiar No. 869

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	8	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: JOSE DARIO CORTEZ	Nombre de quién recibe la visita: MARIA GLORIA GIL	N° telefono contacto 3128580875

VISITA No.	OBSERVACIONEG
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN INADECUADAS CONDICIONES CON PUERTAS, VENTANASEN TABLA Y PAREDES Y PISO EN ESTERILLA , NO CUENTAN CON AGUA POTABLE NO TIENE PAREDES SOLIDAS,COCINAN EN LEÑA,NO HAY RECOLECCION DE RESIDUOS SOLIDOS Y LA QUEMAN SE BRINDA EDUCACION SEGUN HALLASGOS , SE REMITE USUARIO SEGUN CURSO DE VIDA AL MEDICO GENETAL,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	HOGAR CON PUERTAS Y VENTANAS EN TABLA, PAREDE Y PISO EN ESTERILLA	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LOS RIESGOS DE DESLIZAMIENTO POR LA PARTE EN QUE SE ENCUENTRA UBICADA LA VIVIENDA Y QUE NO TIENE EXTRUCTURA SOLIDA SE REMITE A PLANACION PARA EVALUACION DE LA VIVIENDA	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,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
4	NO SE PROVECHAN RESIDUOS SOLIDOS	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LOS RESIDUOS SOLIDOS QUE SON AQUELLOS MATERIALES QUE NO TIENE NINGUN VALOR PARA LAS PERSONAS Y QUE SON DESECHADOS. SE EXPLICA QUE SI ESTOS DESECHOS NO SE MANEJAN DE LA MANERA ADECUADA, PUEDEN TENER UN IMPACTO NEGATIVO EN EL MEDIO AMBIENTE. UNO DE LOS PRIMCIPALES PROBLEMAS ES LA CONTAMINACION DEL SUELO YA QUE LIBERAN SUSTANCIAS TOXICAS LO QUE IMPIDE EL CRECIMIENTO DE PLANTAS Y AFECTA LA CALIDAD DE LAS AGUAS SUBTERRANEAS.	A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	ADULTO JOSE DARIO CORTES DE 71 AÑOS SIN EXAMEN ODONTOLOGICO SEGÚN CICLO DE VIDA ADULTEZ	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CEPILLADO DIARIO 3 VECES AL DIA O LAS VECES QUE LA PERSONA COMA, LA FORMA CORRECTA DE CEPILLARSE, Y LIMPIAR LAS PROTESISI DENTALES Y LA LA IMPORTANCIA DE ASISTIR A ODONTOLOGIA PARA EL CUIDADO DE LOS DIENTES, SE REMITE AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA PARA REALIZAR CONTROL ODONTOLOGICO DE PRIMERA VEZ	A M B	A M B	A M B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2	ADULTO JOSE DARIO CORTES DE 71 AÑOS SIN TAMIZAJE VISUAL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA AGUDEZA VISUAL EN ESTE CICLO DE VIDA ADULTEZ YA QUE UN METODO DE DETECCION TEMPRANA PARA POSIBLES COMPLICACIONES VISUALES, SE REALIZA REMISION DEA MEDICINA GENERAL PARA REALIZAR EL TAMIZAJE VISUAL.	✖ A M B	A M B	A M B
3	ADULTA MARIA GLORIA GIL OSPINA 70 AÑOS SIN TAMIZAJE VISUAL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA AGUDEZA VISUAL EN ESTE CICLO DE VIDA ADULTEZ YA QUE UN METODO DE DETECCION TEMPRANA PARA POSIBLES COMPLICACIONES VISUALES, SE REALIZA REMISION DEA MEDICINA GENERAL PARA REALIZAR EL TAMIZAJE VISUAL.	✖ A M B	A M B	A M B
4	ADULTA MARIA GLORIA GIL OSPINA 70 AÑOS SIN EXAMEN DE ODONTOLOGIA	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CEPILLADO DIARIO 3 VECES AL DIA O LAS VECES QUE LA PERSONA COMA, LA FORMA CORRECTA DE CEPILLARSE, Y LIMPIAR LAS PROTESISI DENTALES Y LA LA IMPORTANCIA DE ASISTIR A ODONTOLOGIA PARA EL CUIDADO DE LOS DIENTES, SE REMITE AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA PARA REALIZAR CONTROL ODONTOLOGICO DE PRIMERA VEZ	✖ A M B	A M B	A M B
5			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

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	Rural

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	555	FAMILIA	1	COHORTE	A
FECHA VISITA	8/7/24				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO: D 2
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Finca llano grande
TELEFONO	3105237255
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR				
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.9818233	LONGITUD	-75.9560334
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)
Alba.	Mirian	Martinez	Flores.	F	74.	

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. Cenyugue 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	tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
1	CC	70060482	Fernando		Bedoya	Orozco	M	3/12/45	78	3	2	1	3	SI	11	6	0	no	2	Salud Total	0	no	-		no	no		
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- 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 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 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 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
2. Positivos 2
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 no
CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO

Estado del techo
bueno
malo Regular ✓

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 2
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

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 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	2	2	2.	0	1	0		SI
GATOS	0	0	0	0	0	0			Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	14	PORCINOS	0				NO
OTROS	12.	CUALES:	Equino 1	Asno 1.	10 Vacunos				

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	Fernando	no	no	no	no	no	no	no	no	no
2										
3										
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	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 fisica	3. Oración	4. Veeduría	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Fernando	no	no	no	si	si	si	no	no	no	no	no	no	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		Otra / Cuál?	Pertenecen al programa
4	no			S-

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	Toroide Tetánico		Influenza	DPT acelular	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1. HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preclampsia	4.Gestación multiple	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestacion	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo se calculará automáticamente una vez guardar el	Tensión arterial	Movimientos fetales

Tipo de sangre	ANTECEDESTES OBSTETRICOS									Antecedente embarazo anterior (último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Riesgo biologico	Intervalo intergenesico	Historia Cesacional					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	Serologia	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?	Sintomas de alarma					Presencia de algunos de alarma	Remitir a							Observaciones
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de liquido vaginal (sensación de 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	Citologia	Planificación		

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 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 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

Version 13.
30042024

10. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce prácticas claves AIEPI	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.(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automa	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raices, tuberculos y platano	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y	5.Lacteos	6.Grasas y dulces

EXPERIMENTACION			Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desperasitación 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 Día	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 es calculado 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 día	Uso soda 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 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

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

Presion 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, raices, tuberculos 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	Planificacion Familiar	Citologia	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	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	N° 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.Otro	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumbres secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto x	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamiz ocular 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	Asiste a programa comunitario 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 automa		Licor	Nº cigarrillos/día	BPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								
7	Fernando	SI	SI	-	67.7	1.60		7	no	no	no	no	145	95	95	91	-	no	no	no	no	SI

Autoexamen de seno	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.Carne roja, pollo, cerdo y	2.Hortalizas legumbres verdes	3.Fruta s	4.Carnes, huevos, lácteos	5.Lácteos	6.Otros de y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamización Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
-	-	no	no	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

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 fernando

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	Ficha familiar No. 555

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	8	7	2024	V2				V3			
Responsable 1: BRENDA CARDENAS Responsable 2: MARLLY ECHEVERRY				Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			

Nombre del Jefe del Hogar: FERNANDO BEDOYA OROZCO	Nombre de quién recibe la visita:FERNANDO BEDOYA OROZCO	N° telefono contacto :3105237255

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN INADECUADAS CONDICIONES CON PUERTAS, VENTANAS,PISOS EN TABLA PAREDES EN ESTERILLA NO CUENTAN CON ALMACENAMIENTO DE 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,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	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
2	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 DISENTERIA 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
3	NO SE PROVECHAN RESIDUOS SOLIDOS	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LOS RESIDUOS SOLIDOS QUE SON AQUELLOS MATERIALES QUE NO TIENE NINGUN VALOR PARA LAS PERSONAS Y QUE SON DESECHADOS. SE EXPLICA QUE SI ESTOS DESECHOS NO SE MANEJAN DE LA MANERA ADECUADA, PUEDEN TENER UN IMPACTO NEGATIVO EN EL MEDIO AMBIENTE. UNO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS ES LA CONTAMINACION DEL SUELO YA QUE LIBERAN SUSTANCIAS TOXICAS LO QUE IMPIDE EL CRECIMIENTO DE PLANTAS Y AFECTA LA CALIDAD DE LAS AGUAS SUBTERRANEAS.	(A) (M) (B)	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	ADULTO FERNANDO BEDOYA 79 AÑOS DE EDAD SIN ODONTOLOGIA	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CEPILLADO DIARIO 3 VECES AL DIA O LAS VECES QUE LA PERSONA COMA, LA FORMA CORRECTA DE CEPILLARSE, EL USO DE CEDA DENTAL Y LA LA IMPORTANCIA DE ASISTIR A ODONTOLOGIA PARA EL CUIDADO DE LOS DIENTES, SE REMITE AL GERVICIO DE ODONTOLOGIA PARA REALIZAR CONTROL ODONTOLOGICO DE PRIMERA VEZ Y CONTROL DE PLACA.	(A) (M) (B)	A M B	A M B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2	ADULTO FERNANDO BEDOYA 79 AÑOS DE EDAD SIN TAMIZAJE VISUAL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA AGUDEZA VISUAL EN ESTE CICLO DE VIDA YA QUE UN METODO DE DETECCION TEMPRANA PARA POSIBLES COMPLICACIONES VISUALES, SE REALIZA REMISION DEA MEDICINA GENERAL PARA REALIZAR EL TAMIZAJE VISUAL.	A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B

DILIGENCIADO POR: BRENDA CARDENAS
Nombre y Apellidos
Profesión: ENFERMERA

ACOMPAÑADO POR: MARLLY ECHEVERRY
Nombre y Apellidos
Profesión: AUXILIAR DE ENFERMERIA

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	Balba Rural	llano grande	Rural

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	907	FAMILIA	1	COHORTE	A
FECHA VISITA	8/7/24				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	1				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO: No tiene
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	llano grande
TELEFONO	314 7782649
CORREO ELECTRONICO	

DILIGENCIADO POR				
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.9781928	LONGITUD	-75.95179437
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 NACIMIENTO	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	1225088026	Kamilo		Carnaval	Lopez	M	10/9/96	27	3	S	7	4	SI	12	3	0	SI	2	EPS	0	NO	NO	-	NO	NO	NO	
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- 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 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 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 3

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
2. Positivos 2
3. Tanque bajo 2
4. Tanque cubierto 2
5. Angeos en puertas y ventanas 2
6. Uso de toldillos 2

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 SI

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 NO

ESTADO DE LA COCINA
1. Presencia humo de leña NO
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 baldio
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 NO

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 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		no
GATOS									Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	0	PORCINOS	0				no
OTROS		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	Kamilo	no	no	no	no	no	no	no	no	no
2										
3										
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	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	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Familo	no	no	no	si	no	si	no	no	no	no	no	no	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 Secretaria de Salud		Otro / Cual?	Pertenecen al programa
5	no			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



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 psicoprofilácti co	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT acelular	Antecedentes familiares					Antecedentes personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Predisposición	4.Gestación múltiple	5.Otros		Fecha última menstruación	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 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 inducida	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 (después de que los empiece a sentir)	Sensación de fiebre o pitos, dolor de cabeza del estomago	Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies	Dolor de cabeza persistente		Control Prenatal	Curso Psicoprofilactico	Salud Bucal	Vacunación	Citologia	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 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 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				Consejerías clínicas AIEPI	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.(1-4-8)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátano	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Fruta s	4.Carnes, huevos, legumbres secas y	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares

EXPERIMENTACION			Participación organizaciones del barrio o la escuela	Egreso hospitalario 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 CyD	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														CyD	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 los 17 años	Metodo de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de Horas de actividad fisica 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 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 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 se calcula automát										Licor	N° Cigarrillos Al día	BPA	Comida chatarra
1	Kamilo	no	68	1.78		no	7	no	—	no	no	—	2	75	no	no	no	4

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.(1-1-1-1)						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
Normal	no	si	no	si	si	no	no	no	no	no	no	✓	✓	✓	✓	✓	✓	si	si	no	—	.

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 automática)		Licor	N° 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.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumbres secos y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamiz 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	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	Servicios de materno	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 automa		Licor	N° Cigarrillos Al día	BPA	Comida chinterra	Diastólica	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.Cáncer	5.Otra	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carne, huevos, leguminosas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta 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

Version 13.
30042024

1. IDENTIFICACION

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

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Mayly — Brenda			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.979278	LONGITUD	-75.94128578
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA

VIVIENDA	900	FAMILIA	7	COHORTE	A
FECHA VISITA	8/7/2024				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN

FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO: A3
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Finca el edén
TELEFONO	3147743827
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

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 NACIMIENTO	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	1090076260	Paola	Andrea	Gonzalez	Vargas	F	3/6/88	36	3	5	1	2	SI	7	4	0	no	1	Salud total	0	no	no	-	no	no	no	
2	TI	1088904457	Jean	Carlos	Gaviria	Gonzalez	M	23/4/17	7	3	5	3	1	SI	2	3	0	no	1	Salud total	0	no	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- 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 Tránsito
4- Enfermedad Profesional
5- Violencia
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
2. Vivienda con riesgo de inundación
3. Vivienda con riesgo de colapso
4. Número de personas por habitación 2 1 3 6

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 1 3
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 Regular ✓

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

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

Estado del techo
bueno
malo Regular

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 NO

ESTADO DE LA COCINA
1. Presencia humo de leña 2 1 3 6 5 7
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 SI

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 SI
¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? SI/NO SI

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaría 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		no
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 aasea 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 Paula	no	no	no	no	no	no	no	no	no
2										
3										
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	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	5. Ecológico	6. Juventl	7. Otro	Cual
1	Paula	no	no	no	si	si	si	si	no	si	no	no	no	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 / Cual?	Pertenecen al programa
2	no			2.

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
Secretaría 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 anterior	Antecedentes familiares					Antecedentes personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Predisposición	4.Gestación multiple	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	I.M.C. (Índice de masa corporal calculado automáticamente al ingresar el peso y la talla)	Tensión arterial	Movimientos fetales

Tipo de sangre	ANTECEDESTES OBSTETRICOS										Antecedente embarazo anterior (último embarazo)									Examenes de laboratorio				
	Riesgo biológico	Intervalo intergenesico	Historia Gestacional						Estado actual de los hijos		Diabetes gestacional	Hipertensión materna	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Sufrimiento fetal	Muerte materna	R.C.I.U.	Fecha último parto	Tipo parto	Serología	PTA-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 o (sangrado o liquido amniótico)	Disminución de movimientos fetales (después de las 20 semanas o 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

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 hospitalari o 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 niñas 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 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

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 prácticas clave AIEPI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación 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.(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula 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
2	Jean carlos	29.	1.20		no	no	no	no	Si.	2	Si.	2.	Si	Si	Si	no	3.	✓	✓	✓	✓	✓	✓

EXPERIMENTACION			Participación 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
no	no	no	Si	no.	no	1	1	no	no.	Si	no	no	no.	Si	1	no	no	Familiar o Desparacit	—

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	Metodo 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 (Kg)	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 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
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 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 se calcula de 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, raices, tubérculos y plátanos	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

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	Asiste al control odontológico 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 automá		Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica									
1	Paula	no	—	Si	72.	1.49	—	2	Si	—	no	no	110	80	110	100		no	Si	no	Si	—	1

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.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
no	Si	Si	Si	no	no	no	no	no	no	no	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si	no	no	Si	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 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
					PESO (Kg)	TALLA (Cm)	IMC (Este campo calcula de forma automa		Licor	Nº Cigarrillos Al día	BPA	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.Cáncer	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carne, huevos leguminosas	5.Lácteos	6.Cereales y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Tamiz Jaeger 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	☐


T_kamilo

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2	ADULTO KAMILO AÑABERAL 27 AÑOS SIN TAMIZAJE VISUAL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA AGUDEZA VISUAL EN ESTE CICLO DE VIDA YA QUE UN METODO DE DETECCION TEMPRANA PARA POSIBLES COMPLICACIONES VISUALES COMO MIOPIA,ASTICMATISMO,INFECCIONES Y OTRAS PATOLOGIAS, SE REALIZA REMISION DEA MEDICINA GENERAL PARA REALIZAR EL TAMIZAJE VISUAL.	✖ A M B	A M B	A M B
3	ADULTO KAMILO AÑABERAL 27 AÑOS SIN CONTROL DEL JOVEN	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE ASISTIR A CONTROLES DEL JOVEN PARA PREVENIR ENFERMEDADES O DETECTARLAS TEMPRANAMENTE PARA SOLUCIONARLAS O TRATARLAS EN EL MOMENTO ADECUADO SE REMITE A MEDICO GENERAL.	✖ A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

DILIGENCIADO POR: BRENDA CARDENAS
Nombre y Apellidos
Profesión: ENFERMERA

ACOMPAÑADO POR: MARLLY ACHEVERRY
Nombre y Apellidos
Profesión: AUXILIAR DE ENFERMERIA