# INFORME 1 PIC DEPARTAMENTAL BALBOA RISARALDA 2024

# OBLIGACION 1
# CARACTERIZACION
# APS
# ZONA RURAL
# VEREDA LLANO GRANDE Y TRES ESQUINAS

## FOLIO XII

# FECHA DE CARACTERIZACION 15 DE JULIO 2024

# 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 | | V. llano grande | Rural |

VIVIENDA SIN OCUPANTES

| DILIGENCIADO POR | | | | |
|---|---|---|---|---|
| GEOREFENCIACION | LATITUD | 4.971087 | LONGITUD | -75.956889 |
| NÚMERO MATRICULA: | | | | |

| DATOS DE LA FAMILIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VIVIENDA | 922 | FAMILIA | 1 | COHORTE | A |
| FECHA VISITA | 75-07-24 | | | | |
| INGRESO FAMILIAR No de SMLV | | | | | |
| No. De Personas de la Familia | 5 | | | | |

| DATOS SISBEN | |
|---|---|
| FICHA | |
| GRUPO | SUBGRUPO: B 3 |
| PUNTAJE | |
| NIVEL | |
| DIRECCION | F. el aguacatal |
| TELEFONO | 3125795934 |
| 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| manuel | | Cueto | callazos | M | 57 años | |
| Lidia | Alexander | moncada | Cueto | M | 5 meses | |
| Xander | camilo | Cueto | castaño | M | 5 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 | Discapacidad | Desmevilizado | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI/NO | origen | tipo | SI/NO | SI/NO N.A | SI/NO | No. Meses |
| 1 | CC | 65[illegible] | Edid | | Gutierrez | Lozano | F | 16/02/1963 | 61 | 3 | 1 | 2 | 1 | SI | 1 | 4 | 0 | NO | 1 | asm | 0 | SI | NO | NO | NO | NO | NO | |
| 2 | CC | 1006029[illegible] | Yuliana | Andrea | Gueto | Gutierrez | F | 03/10/2002 | 21 | 3 | 1 | 3 | 2 | SI | 08 | 4 | 0 | NO | 1 | asm | 0 | SI | NO | NO | NO | NO | NO | |
| 3 | CC | 1[illegible] | Inguth | Lorena | Gueto | Gutierrez | F | 14/10/2003 | 20 | 3 | 1 | 3 | 2 | SI | 11 | 4 | 0 | NO | 1 | asm | 0 | SI | NO | NO | NO | NO | NO | |
| 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 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
## 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 Indígena

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

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

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

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

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

**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

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

**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

**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: ✓
- malo

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

CIELO RASO?
SI/NO: NO

CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO: NO

**Estado del techo**
- bueno: X
- malo

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

Grietas en paredes SI/NO

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

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

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

**APROVECHAMIENTO (DE LOS RESIDUOS SOLIDOS)**
- 1. Lombricultivo
- 2.Abono: X
- 3.Reciclados
- Separado de la Fuente

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE**

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

**OTROS DATOS ADICIONALES**

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

**ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Detergente | X | Gasolina o inflamable | |
| Pólvora | | Plaguicidas | |
| Agroindustrial | | Adecuado | X |

**MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA**
- Consume medicamentos bajo fórmula médica SI/NO: SI
- Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad SI/NO: SI
- ¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? SI/NO: SI

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

Version 13.
30042024

## 5. ANIMALES

| TIPO | No. Machos | No. Hembras | Vacunados contra la rabia | No. Desparasitados | Machos Esterilizados | Hembras Esterilizadas | Presencia de razas peligrosas | | Huella, rastro o señales de roedores SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERROS | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | | SI |
| GATOS | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | | | Caracol africano SI/NO |
| | | | | | | | | | |
| EQUINOS | 0 | AVES | 7 | PORCINOS | 0 | | | | |
| OTROS | 0 | CUALES: | | | | | | | |

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

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

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

Version 13.
30042024

## 7. AMBIENTE SOCIAL

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | Uso de la estructura del barrio | | | | Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO | Se relaciona con sus vecinos. SI / NO | Uso espacios comunitarios por parte de los niños | 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 | Edid | NO | NO | NO | SI | SI | SI | NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | |
| 2 | Yuliana | NO | NO | NO | SI | SI | SI | NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | | |
| 3 | Ingrid | NO | NO | NO | SI | SI | SI | NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de familia | Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud | | Otro / Cuál? | Pertenecen al programa |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 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 | Toxoide Tetánico | | Influenza | DPT refuerzo | Antecedentes familiares | | | | | Antecedentes Personales | Embarazo actual | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | 1a. | 2a. | | | 1. HTA Crónica | 2.Diabetes | 3.Predisposición | 4.Gestación multiple | 5.Otras | | Fecha última menstruación | Fecha probable del parto | Semanas de gestación | Peso anterior (kg) | Peso actual (kg) | Talla (cms) | I.M.C. (se calcula automático al digitar el peso y talla) | Tensión arterial | Movimientos fetales |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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

**FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD**
**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
## 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 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 (dejar campo se calcula do auto.) | MOTRICIDAD GRUESA | MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA | AUDICION Y LENGUAJE | PERSONAL Y SOCIAL | | | | | | | | | | 1.Cereales, raices, tuberculos y platano | 2.Hortalizas y leguminosas verdes | 3.Frutas | 4.Carne, huevo, leguminosas secas y | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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

# 11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI NO)

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

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Ovulos, 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 | SPA | Comida chatarra |
| 2 | Yuliana | NO | 80 | 160 | | NO | 6 | SI | SI | NA | SI | 3 | NA | NO | NO | 0 | NO | S |
| 3 | Ingrid | NO | 66 | 157 | | NO | 9 | SI | NO | NA | SI | 3 | NA | NO | NO | 0 | NO | S |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 azúcares | Programa Juventud | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Citología | Observaciones |
| Nor | NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | NO | NO | NO | |
| Nor | NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | NO | SI | SI | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

## 13. ADULTEZ 29 A 59

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Adulto 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 solo 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.Otro | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos | 2.Hortalizas y legumbres verdes | 3.Fruta | 4.Carnes, huevos, leguminosas secas y | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Adulto x | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Tamiza je Visual | Citología | Ruta de promoción y mantenimiento | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**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 hombres mayores 2 años | Citología vaginal | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | N. de horas de actividad física semanal | Consumo de | | | | Presión arterial en mmHg | | Perímetro abdominal | Perímetro de cadera | Indice cintura cadera | Señales de maltrato | Asistió al odontólogo en el último año | Asistencia planificación familiar en el último año | Planificación familiar | Examen de testículo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (Este campo se calcula de forma automática) | | Licor | N° Cigarrillos/día | BPA | Comidas chatarra | Sistólica | Diastólica | | | | | | | | |
| | Edid | NO | NA | NO | 51 | 160 | | 0 | NO | NO | NO | S | 120 | 60 | | | | NO | NO | NA | NA | NO |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Autoexamen de seno | Mamografía | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Colesterol | 4.Cancer | 5.Otro | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | 1.Carnes, raices, tuberculos y | 2.Hortalizas y/o frutas verdes | 3.Fruta s | 4.Carnes, huevos leguminosas | 5.Lacteos | 6.Grasas y dulces | Programa Adulto Mayor | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Tamizaje Visual | Citología | Ruta de promoción y mantenimiento | Observaciones |
| SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | SI | NO | NO | SI | SI | SI | SI | NO | SI | SI | SI | NO | SI | SI | SI | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

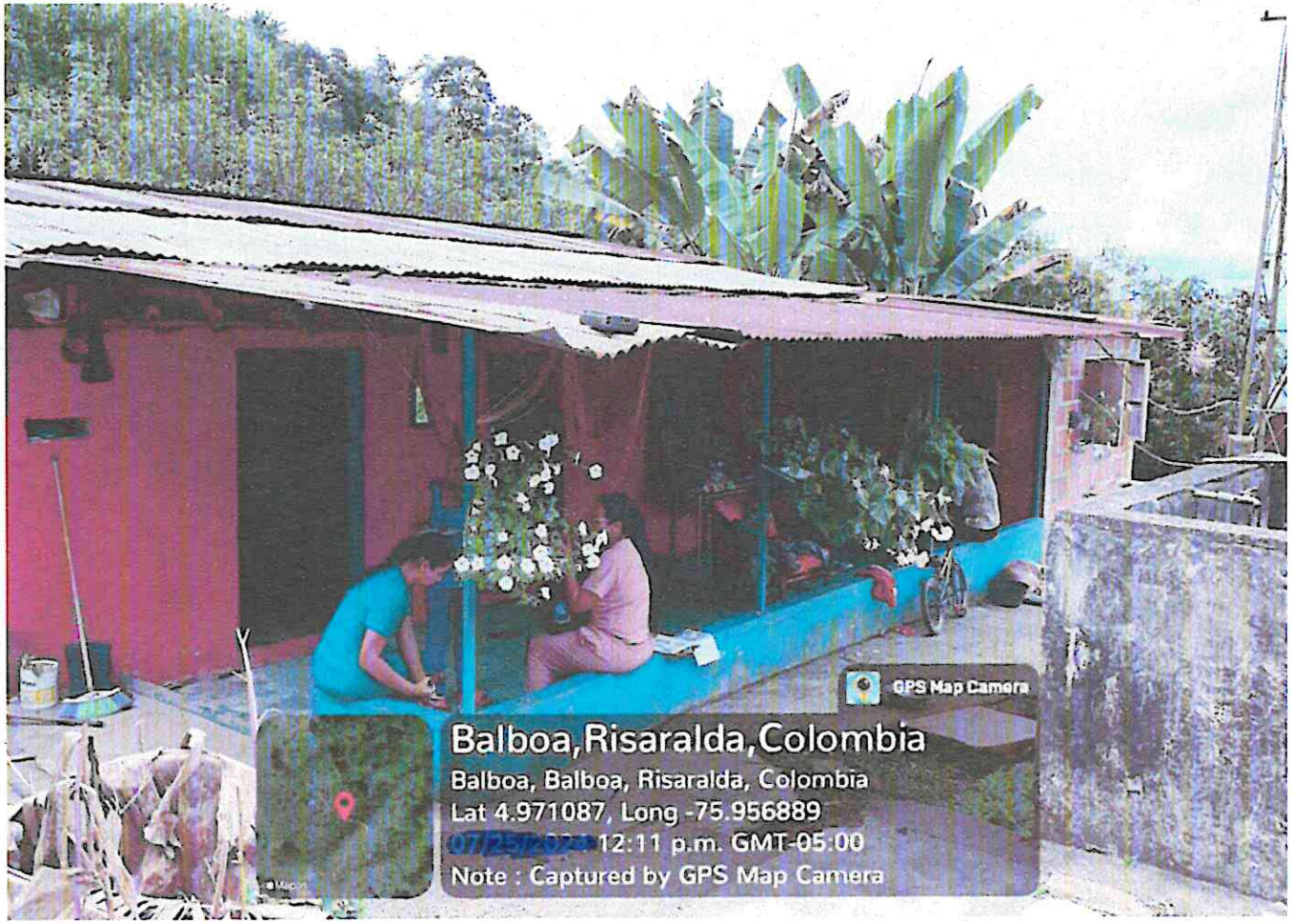
## 15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

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 | ☐ |


GPS Map Camera
Balboa,Risaralda,Colombia
Balboa, Balboa, Risaralda, Colombia
Lat 4.971087, Long -75.956889
12:11 p.m. GMT-05:00
Note : Captured by GPS Map Camera

# 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 AGUACATAL | Ficha familiar No. 922 |
|---|---|---|---|

| | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V1 | 15 | 7 | 2024 | V2 | | | | V3 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Responsable 1: JESSICA TATIANA MOSQUERA ESPINOSA<br>Responsable 2: JESUS ANTONIO HERNANDEZ CASTRILLON | Responsable 1:<br>Responsable 2: | Responsable 1:<br>Responsable 2: |

| Nombre del Jefe del Hogar: MANUEL GUETIO COLLAZOS | Nombre de quién recibe la visita: EDID GUTIERREZ LOZANO | N° telefono contacto 3125795934 |
|---|---|---|

| VISITA No. | OBSERVACIONES |
|---|---|
| V1 | ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN ADECUADAS CONCIONES SIN CIELO RAZO EN ADOBE Y CEMENTO PISO EN CEMENTO, PUERTAS EN TABLA Y METALICAS NO CUENTAN CON AGUA POTABLE NO TIENE PAREDES SOLIDAS NO CUENTAN CON ALMACENAMIENTO D RESIDUOS SOLIDOS, NO CUENTAN CON RECOLECCION DE BASURAS POR LO QUE LAS QUEMAN. SE BRINDA EDUCACION SEGUN HALLASGOS , SE REMITE USUARIO SEGUN CURSO DE VIDA AL MEDICO GENETAL., PSICOLOGIA,DLS,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 CONSMIDOS, 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 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) |
| 3 | COCINAN EN LEÑA | SE BRINDA EDUCACION SOBRE ACERLE SALIDA AL HUMO CUANDO SE COCINA EN LEÑA YA QUE ES DAÑONO PARA LOS PULMONES Y PUEDE PROVOCAR CON EL TIEMPO ASMA Y ENFERMEDADES RESPIRATORIOS COMO EL EPOC QUE NO TIENE CURA SE REMITE A ALCALDIA MUNICIPAL PARA EVALUACION DE LA COCINA Y POSIBLE SOLUCION PARA LA SALIDA DE HUMO | (A) (M) (B) | (A) (M) (B) | (A) (M) (B) |

## CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

| N° | HALLAZGO | ACTIVIDAD | V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EDID GUTIERREZ 61 AÑOS SIN ATENCION EN ODONTOLOGIA PARA EL CICLO DE VIDA SEGÚN LA RESOLUCION 3280 | ADOLESCENTE A QUIEN SE LE BRINDA IMFORMACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO BUCAL,CEPILLADO DIARIO DE LOS DIENTES 3 VECES AL DIA,USO DE CEDA DENTAL Y FORMA DE REALIZARLO. SE REMITE AL PROGRAMA DE ODONTOLOGIA PARA EXAMEN DODONTOLOGICO,CONTROL DE PLACA | ✖ A M B | A M B | A M B |
| 2 | EDID GUTIERREZ 61 AÑOS SIN CONTROL DE HIPERTENSION | SE BRINDA INFORMACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE TOMARSE LOS MEDICAMENTOS A TIEMPO PARA PREVENIR COMPLICACIONES DE LA PRESION ARTERIAL SE HABLA DE LA IMPORTANCIA DE LOS CONTROLES CADA 3 MESES SE REMITE PARA CONTROL DE HIPERTENSION | ✖ A M B | A M B | A M B |
| 3 | EDID GUTIERREZ 61 AÑOS SIN CITOLOGIA CONVENCIONAL | SE BRINDA INFORMACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA TOMA DE CITOLOGIAS PARA DETECTAR,VPH,CONDILOMAS,CANDIDIASIS O CA DE CANCER POR LO TANTO SE REMITE AL PROGRAMA DE ENFERMERIA PARA LA CITOLOGIA CONVENCIONAL | ✖ A M B | A M B | A M B |
| 4 | EDID GUTIERREZ 61 AÑOS SIN TAMIZAJE VISUAL | SE REALIZA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR EN CONTROLES DURANTE LOS DIFERENTES CICLOS DE VIDA PARA PREVENCION DE PATOLOGIAS. SE REMITE A MEDICO GENERAL PARA CONTINUAR EN CONTROLES Y REALIZAR TAMIZAJE VISUAL | ✖ A M B | A M B | A M B |
| 5 | YULIANA ANDREA GUETIO 21 AÑOS SIN CONTROL DEL JOVEN | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR EN CONTROLES DEL JOVEN PARA DETECTAR ANOMALIAS O RIESGOS EN SALUD EN ESTE CICLO DE VIDA SE REMITE A MEDICO GENERAL | ✖ A M B | A M B | A M B |
| 6 | YULIANA ANDREA GUETIO 21 AÑOS SIN TAMIZAJE VISUAL | SE REALIZA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR EN CONTROLES DURANTE LOS DIFERENTES CICLOS DE VIDA PARA PREVENCION DE PATOLOGIAS. SE REMITE A MEDICO GENERAL PARA CONTINUAR EN CONTROLES Y REALIZAR TAMIZAJE VISUAL | ✖ A M B | A M B | A M B |
| 7 | INGRID LORENA GUETIO 20 AÑOS SIN TAMIZAJE VISUAL | SE REALIZA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TAMIZAJE VISUAL PARA DETECCION DE ENFERMEDADES DE LAS VISTAS COMO ASTICMATISMO,MIOPIA O INFECCIONES SE REMITE A MEDICO GENERAL REALIZAR TAMIZAJE VISUAL | ✖ A M B | A M B | A M B |
| 8 | INGRID LORENA GUETIO 20 AÑOS SIN CONTROL DEL JOVEN | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE CONTINUAR EN CONTROLES DEL JOVEN PARA DETECTAR ANOMALIAS O RIESGOS EN SALUD EN ESTE CICLO DE VIDA SE REMITE A MEDICO GENERAL | ✖ A M B | A M B | A M B |
| 9 | | | 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

OK ✓

# 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 | | V. llano grande. | |

VIVIENDA SIN OCUPANTES

| DATOS DE LA FAMILIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VIVIENDA | 924 | FAMILIA | 1 | COHORTE | A |
| FECHA VISITA | 15-07-24 | | | | |
| INGRESO FAMILIAR No de SMLV | 2. | | | | |
| No. De Personas de la Familia | 3 | | | | |

| DATOS SISBEN | |
|---|---|
| FICHA | |
| GRUPO | SUBGRUPO: B7 |
| PUNTAJE | |
| NIVEL | |
| DIRECCION | Finca el Rosal |
| TELEFONO | 3105966978. |
| CORREO ELECTRONICO | |

| DILIGENCIADO POR | | | | |
|---|---|---|---|---|
| GEOREFENCIACION | LATITUD | 4.968560 | LONGITUD | -75.959081 |
| 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| leonel | de jesús | Martinez | zamora | M | 52 | |
| luis | eduardo | martinez | zamora | M | 69 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

# FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 3. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

| No. | IDENTIFICACIÓN | | NOMBRE Y APELLIDOS | | | | SEXO | FECHA DE NACIEMIENTO | EDAD / UNIDAD | | ESTADO CIVIL | PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR | NIVEL EDUCATIVO | SABE LEER | No APROBADOS | OCUPACIÓN | ¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO? | APORTA A FONDO DE PENSIONES | AFILIACIÓN | | ETNIA | GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL | | | P.P.R.D.R | Gestante No. en meses | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | tipo | NÚMERO | NOMBRE 1 | NOMBRE 2 | APELLIDO 1 | APELLIDO 2 | M / F | | No. | U | | | | SI/No | | | | SI/NO | Tipo | EPS | | Desplazado SI/NO | Discapacidad origen | Discapacidad tipo | Desmovilizado SI/NO | SI/NO N.A | SI/NO | No. Meses |
| 1 | CC | 25050571 | Carmen | Rosa | Zamora de | martinez | F | 25-05-1938 | 85 | A | 4 | 5 | 0 | NO | 0 | 4 | 0 | NO | 1 | Nsm | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | 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- 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. 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
6.Pila Publica
7.Carro tanque
8.Aguatero
9.Donación

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

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

**MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES**
1. Bloque, Ladrillo, Madera: X
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: X
2. Cocina aislada de los dormitorios: X
3. Cocina aislada del sanitario: X
4. Tiene nevera: X
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: X
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: X
3.Reciclados

Separado de la Fuente

**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: | Nombre de la actividad:

**ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Detergente | X | Gasolina o inflamable | |
| Pólvora | | Plaguicidas | |
| Agroindustrial | | Adecuado | X |

**MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA**

| | |
|---|---|
| Consume medicamentos bajo fórmula médica SI/NO | 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**
**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 | 2 | | | | NO |
| OTROS | 0 | CUALES: | 0 | | | | | | |

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

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

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**

# 8. GESTANTES

Version 13.
30042024

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | Estado actual planeado | Planificación al momento del embarazo | Asiste a control prenatal | No. de controles | Asiste a curso psicoprofilact ico | Consulta odontológica | Toroide Tetánico | | Influenza | DPT acelular | Antecedentes familiares | | | | | Antecedentes Personales | Embarazo actual | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | 1a. | 2a. | | | 1. HTA Crónica | 2.Diabete s | 3.Preclam psia | 4.Gestad on multiple | 5.Otros | | Fecha última menstruad ón | Fecha probable del parto | Semanas de gestación | Peso anterior (kgs) | Peso actual (kgs | Talla (cms) | I.M.C. (Se debe dejar en blanco ya que es calculado automáticamente al ingresar el peso y la talla) | 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 | Hipertension 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? | Síntomas de alarma | | | | | Presencia de síntomas de alarma | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hierro | Acido folico | Calcio | | Salida de líquido vaginal (sospecha de líquido amniótico) | Disminución de movimientos fetales (después de que ha empiezo a 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 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 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 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 AIPEI | N. de Horas de actividad física semanal | Control odontológico últimos 6 meses | No cepillados al día | Uso seda dental | Aplicación de flúor últimos 6 meses | Control de placa últimos 6 meses | Presencia de maltrato | N° Comidas al día | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | PESO (Kgs) | TALLA (cms) | IMC (Este campo se calcula de automá | MOTRICIDAD GRUESA | MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA | AUDICION Y LENGUAJE | PERSONAL SOCIAL | | | | | | | | | | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos | 2.Hortalizas y leguminosas verdes | 3.Fruta s | 4.Carnes, huevos, leguminosas secas y | 5.Lácteos | 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 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 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 verdo | 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 | 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 legumbres verdes | 3.Frutas | 4.Carne, huevos, legumbres 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 | 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.Otro | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos | 2.Hortalizas y legumbres verdes | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos legumi nosas secas y | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Adulto x | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Tamización 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 | Asiste a programa control del adulto | Examen de próstata en los últimos 2 años | Citología vaginal | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | N. de horas de actividad física semanal | Consumo de | | | | Presión arterial en mmHg | | Perímetro abdominal | Perímetro de cadera | Indice cintura cadera | Señales de maltrato | Asistió al odontólogo en el último año | Asistencia planificación familiar en el último año | Planificación familiar | Examen de testiculo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (Este campo se calcula de forma automá | | Licor | N° Cigarrillos/Al día | SPA | Comida chatarra | Sistólica | Diastólica | | | | | | | | |
| | Carmen | NO | NA | NO | 458 | 150 | | 0 | NO | NO | NO | NO | 130 | 110 | | | | NO | NO | NO | NA | NA |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 | Displidemia | Enfermedad renal | EPOC | 1.Cereales, raices, tuberculos y | 2.Hortalizas leguminosas verdes | 3.Fruta s | 4.Carne, huevos leguminosas | 5.Lacteos | 6.Grasas y azucares | Programa Adulto Mayor | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Tamizaje Visual | Citología | Ruta de promoción y mantenimiento | Observaciones |
| NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | SI | SI | NO | SI | SI | SI | SI | NO | NO | NO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

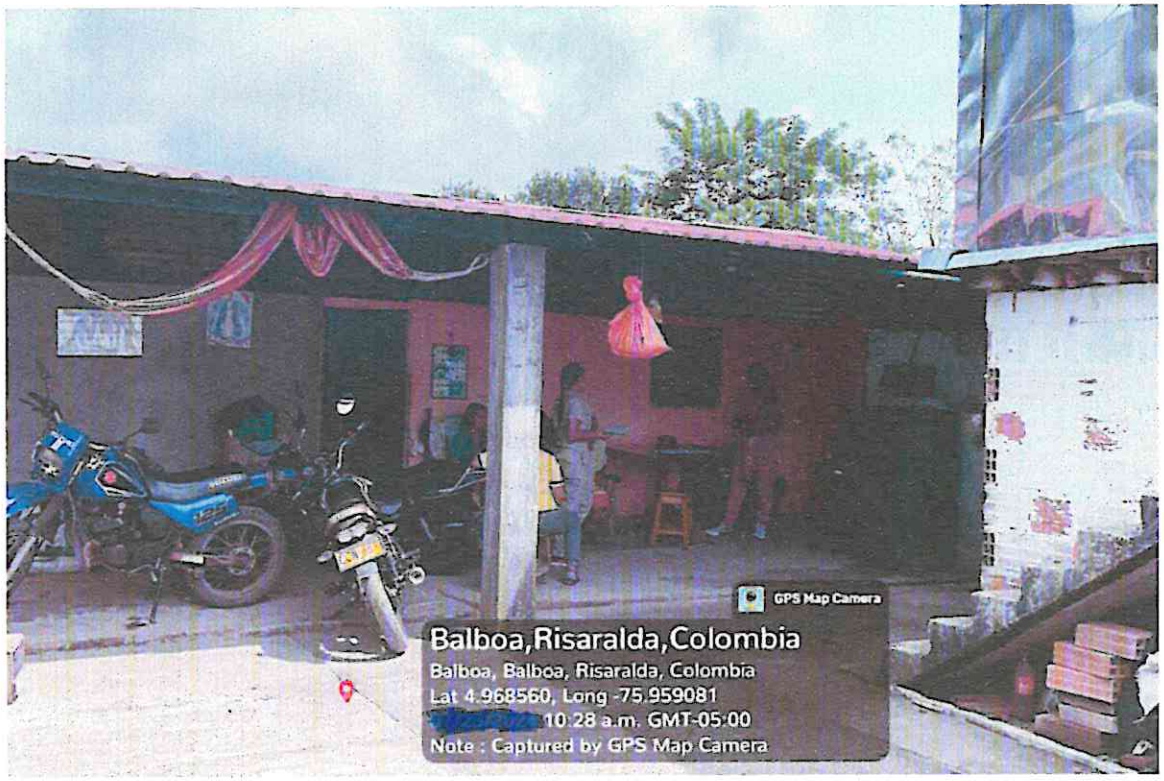
## 15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

| | | |
|---|---|---|
| 1 | ETA | 20 |
| 2 | IRA | 28 |
| 3 | EDA | 31 |
| 4 | TUBERCULOSIS O LEPRA | 20 |
| 5 | MALARIA | 20 |
| 6 | DIABETES MILLITUS | 22 |
| 7 | CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS | 20 |
| 8 | CHIKUNGUYA | 20 |
| 9 | SINTOMATICO RESPIRATORIO | 20 |
| 10 | OTRO / CUAL _____ | 16 |
| 11 | VIOLENCIA INTRAFAMILIAR | 10 |
| 12 | VIOLENCIA SEXUAL | 10 |
| 13 | TRASTORNO MENTAL Y/O DEL COMPORTAMIENTO | 16 |

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 | 20 |
| 8 | TUBERCULOSIS O LEPRA | |
| 9 | ENFERMEDAD PROFESIONAL | |
| 10 | ACCIDENTE LABORAL | |
| 11 | OTRO / CUAL | |


GPS Map Camera
Balboa,Risaralda,Colombia
Balboa, Balboa, Risaralda, Colombia
Lat 4.968560, Long -75.959081
10:28 a.m. GMT-05:00
Note : Captured by GPS Map Camera

# 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 LLANOGRANDE | Ficha familiar No. 924 |
|---|---|---|---|

| | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V1 | 15 | 7 | 2024 | V2 | | | | V3 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Responsable 1: BRENDA CARDENAS<br>Responsable 2: MARLLY ECHEVERRY | Responsable 1:<br>Responsable 2: | Responsable 1:<br>Responsable 2: |

| Nombre del Jefe del Hogar: LEONIDAS DE JESUS MARTINEZ | Nombre de quién recibe la visita: CARMEN ROSA ZAMORA DE MARTINEZ | N° telefono contacto :3117058013 |
|---|---|---|

| VISITA No. | OBSERVACIONES |
|---|---|
| V1 | ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN ADECUADAS CONDICIONES CON PAREDES EN ADOBE,PISO EN MINERAL Y CEMENTO Y PUERTAS Y VENTANAS EN MADERA 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 | 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 | ADULTA CARMEN ROSA ZAMORA 55 AÑOS SIN DE EDAD SIN TAMIZAJE VISUAL | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA AGUDEZA VISUAL EN EGTE 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 |

| N° | HALLAZGO | ACTIVIDAD | V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | ADULTA CARMEN ROSA ZAMORA 95 AÑOS SIN CONTROL DE ADULTO | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZAR ASISTIR A CONTROLES EN ESTE CICLO DE VIDA PARA DETECCION TEMPRANA DE PATOLOGIAS SE REMITE A MEDICO GENERAL PARA CONTROL | ✖ A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 3 | ADULTA CARMEN ROSA ZAMORA 95 AÑOS SIN ODONTOLOGIA | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA LIMPIEZA ADECUADA DE LAS ENCIAS LA LIMPIEZA DE LA BOCA CADA VEZ QUE SE INGIERA COMIDA Y LA LIMPIEZA DE LA LENGUA PARA EVITAR ENFERMEDADES BUCALES SE REMITE AL PROGRAMA DE ODONTOLOGIA | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>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 | | llano grande | Rural Disperso |

VIVIENDA SIN OCUPANTES

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DILIGENCIADO POR | Marlly | | | |
| GEOREFENCIACION | LATITUD | 4.969124 | LONGITUD | -75.959045 |
| NÚMERO MATRICULA: | | | | |

| DATOS DE LA FAMILIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VIVIENDA | 923 | FAMILIA | | COHORTE | A |
| FECHA VISITA | 25-07-24 | | | | |
| INGRESO FAMILIAR No de SMLV | 1 | | | | |
| No. De Personas de la Familia | 1 | | | | |

| DATOS SISBEN | |
|---|---|
| FICHA | |
| GRUPO | SUBGRUPO: C 14 |
| PUNTAJE | |
| NIVEL | |
| DIRECCION | V. T. el Porvenir |
| TELEFONO | 3234085571 |
| 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 SI/NO | Discapacidad origen | Discapacidad tipo | Desmovilizado SI/NO | SI/NO NA | SI/NO | No. Meses |
| 1 | CC | 24510813 | Marta | Cecilia | Valencia | Hincapie. | F | 6/12/21 | 67 | 3 | 4 | 1 | 2 | 51 | 9 | 4 | 0 | NO | 1 | Sism | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | 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- 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. 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 [X]
2.Cuarto
3.Otro tipo
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 [X]
2.Pozo con Bomba
3.Pozo sin Bomba, Jagey
4.Agua Lluvia
5.Rio, quebrada, manantial, nacimiento
6.Pila Publica
7.Carro tanque
8.Aguatero
9.Donación

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

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

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

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

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

**MATERIAL PREDOMINANTE EN PISO**
1. Alfombra o Tapete
2. Mármol, Parque, Madera pulida, Baldosa, Vinilo, Mineral, Tableta o ladrillo [V]
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 [SI]
CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO [SI]

**Estado del techo**
bueno [X]
malo

**MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES**
1. Bloque, Ladrillo, Madera [Y]
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 [NO]
3. Cocina aislada del sanitario [NO]
4. Tiene nevera [SI]
5. Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas [SI]

**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 [X]
5.La tiran al rio, caño, quebrada, laguna
6.La eliminan de otra forma

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

Separado de la Fuente

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Energía eléctrica | [X] | Alcantarillado | |
| Gas Natural Domiciliario | | Teléfono | |
| Recolección de Basura | | Acueducto | [X] |

**OTROS DATOS ADICIONALES**

Actividad lucrativa dentro de la vivienda [0] Nombre de la actividad

**ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Detergente | [X] | Gasolina o inflamable | |
| Pólvora | | Plaguicidas | |
| Agroindustrial | | Adecuado | [X] |

**MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA**

Consume medicamentos bajo fórmula médica SI/NO [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 | | SI |
| GATOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | Caracol africano SI/NO |
| | | | | | | | | | |
| EQUINOS | 0 | AVES | 0 | PORCINOS | 0 | 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 intimas? (SI, NO, N/A) | Alguna persona de la casa, por varios dias: 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 exageradamenta feliz | Alguna persona de la casa, por varios dias: 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 | Maria Cedid. | NO | NO | 3 | 3 | 0 | 2 | 0 | SI | |
| 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 | marici cedid | NO | NO | NO | NO | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | 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 / Cuál? | Pertenecen al programa |
|---|---|---|---|---|
| 5. | 0. | | | 5. |

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

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

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

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

Version 13.
30042024

# 8. GESTANTES

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | Estado actual planeado | Planificación al momento del embarazo | Asiste a control prenatal | No. de controles | Asiste a curso psicoprofilácti co | Consulta odontológica | Toxoide Tetánico | | Influenza | DPT acelular | 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 menstruaci on | Fecha probable del parto | Semanas de gestación | Peso anterior (kgs) | Peso actual (kgs | Talla (cms) | I.M.C. (Este campo se calculará automáticamente al diligenciar el | Tensión arterial | Movimient os 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 | Hipertension inestrial | 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 amniotico) | Disminucion de movimientos fetales (despues de que los empiece a sentir) | Sensación de tiros o 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
## 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 hospitelario por IRA y EDA en los últimos 6 meses | Presencia de maltrato | Control de C y D | Número de veces que limpia la encia de su bebe al dia | Cuidado niños y niñas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Exclusiva | Mixta | Total | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | | | MOTRICIDAD GRUESA | MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA | AUDICION Y LENGUAJE | PERSONAL Y SOSCIAL | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tiempo en meses

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

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

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

## 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 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 de forma automa | MOTRICIDAD GRUESA | MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA | AUDICION Y LENGUAJE | PERSONAL Y SOCIAL | | | | | | | | | | 1.Cereales, raices, tuberculos y platanos | 2.Hortalizas y leguminosas verdes | 3.Frutas | 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 | 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 VitaminaA en la IPS | Recibe Sulfato Ferroso en la IPS | Esquema de vacunación completo | Uso del tiempo libre | Remitir a | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL LICOR | DEL CIGARRILLO | DEL SPA | | | | | | | | | | | | | | C y D | Programa Salud Bucal | Otro / Cual | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca | | | | 1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro | | | | | | | | | 1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

## 11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

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

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

1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. No 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 fluor 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 | 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 comunitarios 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.Olabetes | 2.Hipertensión | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otra | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos | 2.Hortalizas y legumbres verdes | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos legumbres secas y | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Adulto x | 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 programas control del adulto | Examen de próstata en hombres mayores 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 dato se calcula de forma automática) | | Licor | N° Cigarrillos Al día | SPA | Comidchatarra | Sistólica | Diastólica | | | | | | | | |
| 1 | maria cedid | NO | NA | NO | 46 | 152 | | 1 | NO | NO | NO | NO | 110 | 90 | 80 | 87 | | NO | NO | NO | NO | NA |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Autoexamen de seno | Mamografía | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.Diabetes | 2.Hipertension | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otro | Diabetes | Hipertension | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | 1.Carnes, pescado, huevos y lácteos | 2.Harinas y legumbres y tomas verdes | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos y legumbres | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Adulto Mayor | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Tamizaje Visual | Ciclo | Ruta de promoción y mantenimiento | Observaciones |
| NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | 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

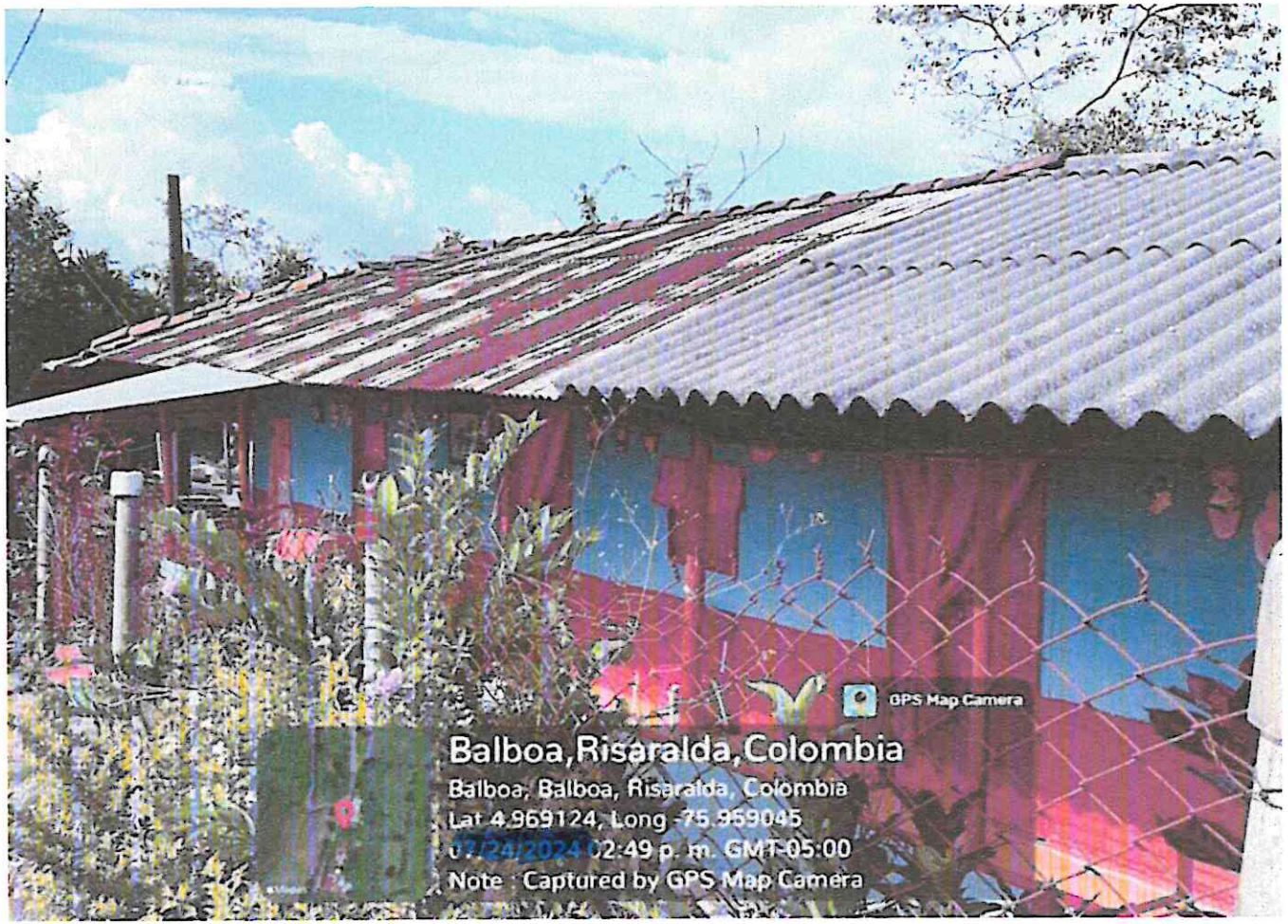
| | | |
|---|---|---|
| 1 | ETA | ☐ |
| 2 | IRA | ☐ |
| 3 | EDA | ☐ |
| 4 | TUBERCULOSIS O LEPRA | ☐ |
| 5 | MALARIA | ☐ |
| 6 | DIABETES MILLITUS | ☐ |
| 7 | CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS | ☐ |
| 8 | CHIKUNGUYA | ☐ |
| 9 | SINTOMATICO RESPIRATORIO | ☐ |
| 10 | OTRO / CUAL _____ | ☐ |
| 11 | VIOLENCIA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

NO.

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

NO


GPS Map Camera
Balboa,Risaralda,Colombia
Balboa, Balboa, Risaralda, Colombia
Lat 4.969124, Long -75.959045
07/24/2024 02:49 p. m. GMT-05:00
Note : Captured by GPS Map Camera

# 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 CASA EL PORVENIR | Ficha familiar No. 923 |
|---|---|---|---|

| | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V1 | 15 | 7 | 2024 | V2 | | | | V3 | | | |
| Responsable 1: BRENDA CARDENAS<br>Responsable 2: MARLLY ECHEVERRY | | | | Responsable 1:<br>Responsable 2: | | | | Responsable 1:<br>Responsable 2: | | | |

| Nombre del Jefe del Hogar: MARIA CEDID VALENCIA | Nombre de quién recibe la visita:MARIA CEDID VALENCIA | N° telefono contacto :3234085571 |
|---|---|---|

| VISITA No. | OBSERVACIONES |
|---|---|
| V1 | ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN ADECUADAS CONDICIONES CON PAREDES EN ADOBE,PISO EN MINERAL Y PUERTAS Y VENTANAS EN MADERA 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 | NO SE PROVECHAN RESIDUOS SOLIDOS LOS QUEMAN | 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 | ADULTA MARIA CEDID VALENCIA DE 67 AÑOS SIN DE EDAD 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 |

| N° | HALLAZGO | ACTIVIDAD | V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | ADULTA MARIA CEDID VALENCIA DE 67 AÑOS DE EDAD SIN CITOLOGIA CONVENCIONAL | SE BRINDA EDUACCION SOBRE LA REALIZACION DE LA CITOLOGIA CONVENCIONAL PARA DETECTAR TEMPRANA MENTE PATOLOGIAS CONO:VPH,CONDILOMAS,CANDIDIASIS Y CA DE CERVIX POR LO TANTO SE REMITE AL PROGRAMA DE ENFERMERIA PARA RELIZAR CITOLOGIA | ✖ A M B | A M B | A M B |
| 3 | ADULTA MARIA CEDID VALENCIA DE 67 AÑOS SIN CONSULTA DE MEDICO GENERAL-TAMIZAJE DE MAMA | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LO IMPORTANTE DE REALIZARSE EL TAMIZAJE DE MAMA PARA LA DETECCION TEMPRANA DEL CANCER DE MAMA ANTES DE QUE SE PERSIVAN BULTOS EN LOS PECHOS SE REALIZA REMISION A MEDICINA GENERAL PARA TAMIZAJE DE MAMA. | ✖ A M B | A M B | A M B |
| 4 | ADULTA MARIA CEDID VALENCIA DE 67 AÑOS SIN CONTROL DE ADULTO Y TAMIZAJE DE RCV | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZAR ASISTIR A CONTROLES EN ESTE CICLO DE VIDA PARA DETECCION TEMPRANA DE PATOLOGIAS O RIESGO DE PADECERLAS TAMBIEN SOBRE LA IMPORTANCIA DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO EN ESTE CICLO DE VIDA SE REMITE A MEDICO GENERAL PARA CONTROL | ✖ A M B | A M B | A M B |
| 5 | ADULTA MARIA CEDID VALENCIA DE 67 AÑOS CON PRINCIO DE DEPRESION | SE EDUCA SOBRE LA IMPORTANCIA DE SOCIALIZAR CON LOS VECINOS, DE MANTENER ENTRETENIDA SE RECOMIENDA HACER MANUALIDADES PINTURA O ALGO QUE LE GUSTE PARA QUE MANTENGA LA MENTE OCUPADA TAMBIEN REALIZAR EJERCICIO PARA QUE DE ESTA MANERA EVITE PENSAR DEMASIADO SE REMITE AL PROGRAMA DE PSICLOGIA PARA VALORACION | ✖ A M B | A M B | A M B |
| 6 | ADULTA MARIA CEDID VALENCIA DE 67 AÑOS SIN CONTROL DE ODONTOLOGIA | SE BRINDA INFORMACION SOBRE EL CEPILLADO DIARIO, CEPILLARSE 3 VECES AL DIA O LAS VECES QUE COMA LA FORMA DE ACERLO,USO DE CEDA DENTAL, SE REMITE AL PROGRAMA DE ODONTOLOGIA PARA CONTROL | 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

Falto Rango de edad

# 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 | | U. llano grande. | |

VIVIENDA SIN OCUPANTES

| DILIGENCIADO POR | | | | |
|---|---|---|---|---|
| GEOREFENCIACION | LATITUD | 4.970267 | LONGITUD | -75.956896 |
| NÚMERO MATRICULA: | | | | |

| DATOS DE LA FAMILIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VIVIENDA | 925 | FAMILIA | 1 | COHORTE | A |
| FECHA VISITA | 15-07-24 | | | | |
| INGRESO FAMILIAR No de SMLV | 1 | | | | |
| No. De Personas de la Familia | 2 | | | | |

| DATOS SISBEN | |
|---|---|
| FICHA | |
| GRUPO | SUBGRUPO: No tiene |
| PUNTAJE | |
| NIVEL | |
| DIRECCION | F. la margarita. |
| TELEFONO | 3105463546 |
| 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 N.A | SI/NO | No. Meses |
| 1 | CC | 14.[illegible]905 | Alberto | | Cozano | montoya | M | 10-[illegible] | 51 | 3 | 2 | 1 | 1 | SI | 5 | 2 | 0 | NO | 1 | ASM | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | 0 |
| 2 | CC | 65[illegible]828 | Libia | | Sanchez | Cortes | F | 23/[illegible]/1973 | 47 | 3 | 2 | 2 | 1 | SI | 5 | 4 | 0 | NO | 1 | ASM | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | 0 |
| 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. 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 | X |
| 4.Casa Indigena | |

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

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

| SERVICIO SANITARIO | |
|---|---|
| 1. Inodoro con conexión a alcantarillado | |
| 2. Inodoro con conexión a pozo séptico | 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 | X |
| 2.Bajo | |
| 3.Medio bajo | |
| 4.Medio | |
| 5.Medio Alto | |
| 6.Alto | |

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

| 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 | 2 |
| 2. Positivos | 0 |
| 3. Tanque bajo | 0 |
| 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 | SI |
| CIELO RASO ADECUADO? | |
| SI/NO | SI |
| **Estado del techo** | |
| bueno | X |
| malo | |

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

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

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

| APROVECHAMIENTO (DE LOS RESIDUOS SOLIDOS) | |
|---|---|
| 1. Lombricultivo | X |
| 2.Abono | X |
| 3.Reciclados | |
| Separado de la Fuente | SI |

| LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE | | | |
|---|---|---|---|
| Energía eléctrica | X | 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 | X |
| Agroindustrial | | Adecuado | X |

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

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

Version 13.
30042024

## 5. ANIMALES

| TIPO | No. Machos | No. Hembras | Vacunados contra la rabia | No. Desparasitados | Machos Esterilizados | Hembras Esterilizadas | Presencia de razas peligrosas | | Huella, rastro o señales de roedores SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERROS | 1. | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | SI |
| GATOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | Caracol africano SI/NO |
| | | | | | | | | | |
| EQUINOS | 0 | AVES | 20 | PORCINOS | 14 | | | | |
| OTROS | 0 | CUALES: | | | | | | | |

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

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | ¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A) | ¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen en la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, N/A) | Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se asea 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz | Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otra grita 7. Dice que tiene mucho miedo | Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes | Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o mantiene con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte | Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede | Remitir a intervención psicológica | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Alberto | NO | NO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 2 | | NO | NO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 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 | Alberto | NO | NO | NO | SI | SI | SI | SI | SI | SI | NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | |
| 2 | Libia | NO | NO | NO | SI | SI | SI | SI | SI | SI | NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de familia | Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud | | Otro / Cuál? | Pertenecen al programa |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 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 Secretaría.
9. TBC y Lepra
10. Seguridad Laboral
11. Zoonosis y ETV.
12. Emergencias y Desastres
13. Salud Ambiental.
14. Prestación de Servicios.
15. Hospital.
16. Otro.
17. Dirección local de Salud.

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

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

Version 13.
30042024

# 8. GESTANTES

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | Estado actual planeado | Planificación al momento del embarazo | Asiste a control prenatal | No. de controles | Asiste a curso psicoprofilactico | Consulta odontológica | Toxoide Tetánico | | Influenza | DPT acelular | Antecedentes familiares | | | | | Antecedentes Personales | Embarazo actual | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | 1a. | 2a. | | | 1.HTA Crónica | 2.Diabete s | 3.Preclam psia | 4.Gestaci ón multiple | 5.Otros | | Fecha última menstruaci ón | Fecha probable del parto | Semanas de gestación | Peso anterior (kgs) | Peso actual (kgs | Talla (cms) | I.M.C. (Este numero se calculado automáticamente al guardar el | Tension arterial | Movimient os fetales |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de sangre | ANTECEDESTES OBSTETRICOS | | | | | | | | | Antecedente embarazo anterior (último embarazo) | | | | | | | | | Exámenes de laboratorio | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Riesgo biológico | Intérvalo intergenesico | Historia Gestacional | | | | | Estado actual de los hijos | | Diabetes gestacional | Hipertension 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? | Síntomas de alarma | | | | | Presencia de síntomas de alarma | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hierro | Acido folico | Calcio | | Salida de liquido vaginal (semejando o liquido amniotico) | Disminucion de movimientos fetales (cuando ya debia sentirse) | Sensacion de luces o pitos, dolor de cabeza del estilo que | Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies | Dolor de cabeza persistente | | Control Prenatal | Curso Psicoprofilactico | Salud Bucal | Vacunacion | 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 día | 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 guardería o escuela? | Consulta odontológica en los últimos 6 meses | Lleva a sus hijos a actividades laborales | Recibe Zinc en la IPS | Recibe Vitamina A en la IPS | Recibe Sulfato Ferroso en la IPS | Esquema de vacunación completo para la edad | Remitir a | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | CYD. | PROGRAMA PAI | OTRO CUAL | OBSERVACIONES |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

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

## 10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | ALTERACION DEL DESARROLLO | | | | Conoce prácticas claves AIEPI | N. de Horas de actividad física semanal | Control odontológico última 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, raíces, tubérculos y plátano | 2.Hortalizas y leguminosas verdes | 3.Fruta s | 4.Carnes, huevos, leguminosas secas y | 5.Lácteos | 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 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 | | | | 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

Version 13.
30042024

## 11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

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

Version 13.
30042024

## 12. JUVENTUD - 18 A 28

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

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.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 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 | Asiste 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 | | | | | | | | | |
| | Alba | NO | NO | NA | 93 | 167 | | 0 | NO | NO | NO | NO | 165 | 60 | 104 | 97 | | NO | SI | NA | NO | NO | NA |
| | Libia | NO | NA | NO | 65 | 155 | | 0 | NO | NO | NO | NO | 105 | 65 | 91 | 89 | | NO | NO | NO | NO | NA | 3 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| 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 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 | |
| NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | NO | NO | NO | NO | SI | |
| NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | SI | NO | NO | SI | SI | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

## 14. VEJEZ - MAYOR A 60

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Asiste a programa control del adulto | Examen de próstata en los últimos 2 años | Citología vaginal | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | N. de horas de actividad física semanal | Consumo de | | | | Presión arterial en mmHg | | Perímetro abdominal | Perímetro de cadera | 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 automáticamente) | | Licor | N° Cigarrillos/Día | SPA | Comida chatarra | Sistólica | Diastólica | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Autoexamen de seno | Mamografía | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otra | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | 1.Cereales, raíces, tubérculos y | 2.Hortalizas y legumi nosas verdes | 3.Fruta s | 4.Carnes, huevos, legumi nosas | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Adulto Mayor | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Tamiza je Visual | Citología | Ruta de promoción y mantenimiento | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

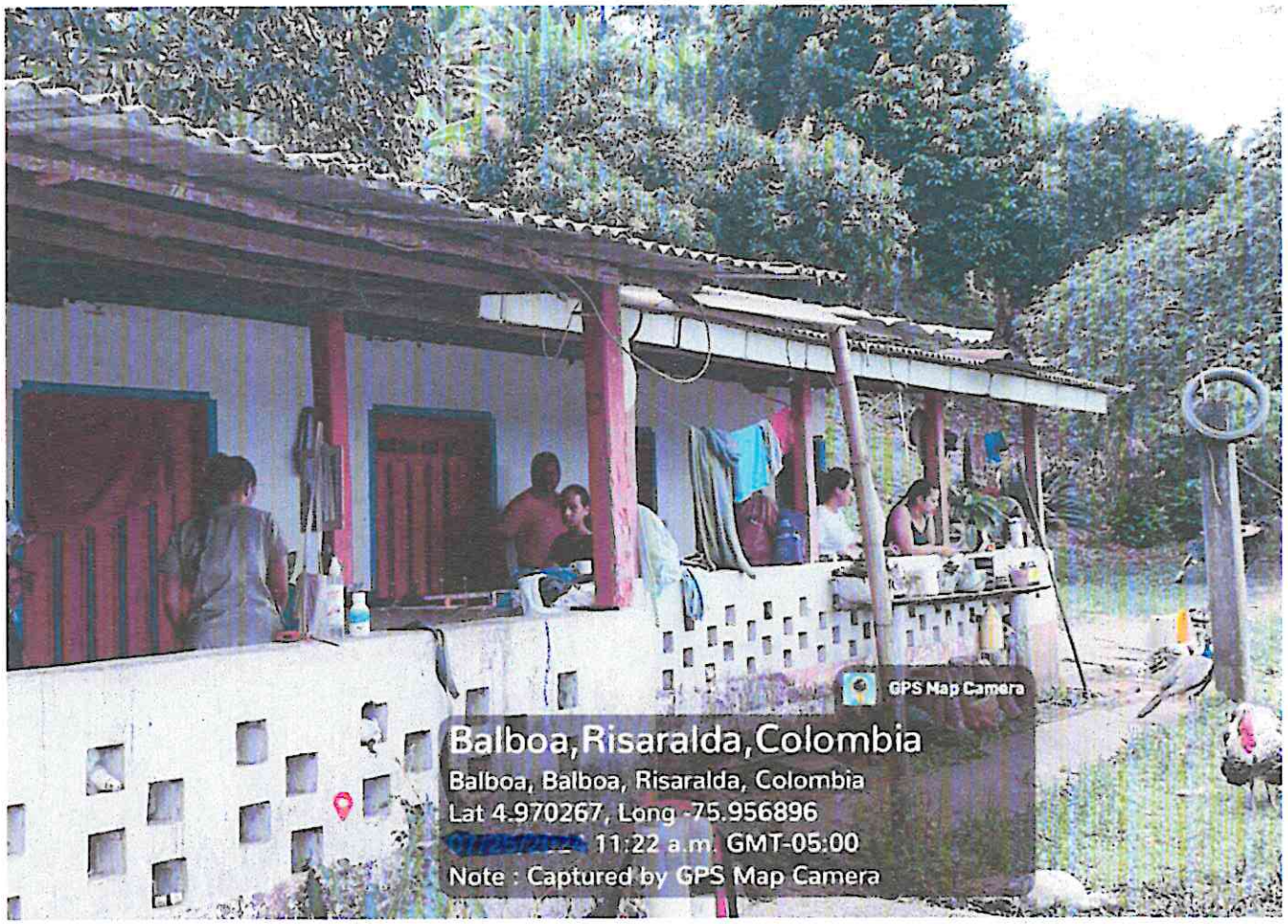
## 15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

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 NO | ☐ |
| 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 NO | ☐ |
| 8 | TUBERCULOSIS O LEPRA | ☐ |
| 9 | ENFERMEDAD PROFESIONAL | ☐ |
| 10 | ACCIDENTE LABORAL | ☐ |
| 11 | OTRO / CUAL | ☐ |


GPS Map Camera
Balboa, Risaralda, Colombia
Balboa, Balboa, Risaralda, Colombia
Lat 4.970267, Long -75.956896
11:22 a.m. GMT-05:00
Note : Captured by GPS Map Camera

# 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 FINCA LA MARGARITA | Ficha familiar No. 925 |
|---|---|---|---|

| | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V1 | 15 | 7 | 2024 | V2 | | | | V3 | | | |

| Responsable 1: BRENDA CARDENAS<br>Responsable 2: MARLLY ECHEVERRY | Responsable 1:<br>Responsable 2: | Responsable 1:<br>Responsable 2: |
|---|---|---|

| Nombre del Jefe del Hogar: ALBEIRO LOZANO MONTOYA | Nombre de quién recibe la visita: LIBIA SANCHEZ CORTEZ | N° telefono contacto :3105463546 |
|---|---|---|

| VISITA No. | OBSERVACIONES |
|---|---|
| V1 | ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, AMBIENTE FISICO: VIVIENDA EN ADECUADAS CONDICIONES COMN PAREDES EN ADOBE, PUERTAS METALICAS,PISO EN CEMENTO NO CUENTAN CON AGUA POTABLE NO TIENE PAREDES SOLIDAS 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 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | PRESENCIA DE ROHEDORES (RATONES) | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE TRANSMITEN LOS RATONES COMO LEPTOESPIROSIS,TIFU MURINO,SALMONELOSIS ENTRE OTRAS POR LO QUE SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE NO DEJAR ALIMENTOS DESTAPADOS,LAVAR TODOS LOS ALIMENTOS ANTES DE SER CONSUMIDOS, EL CONSTANTE LAVADO DE MANOS Y LIMPIEZA DEL HOGAR PARA EVITAR ESTE TIPO DE ENFERMEDADES, SE REMITE AL TECNICO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA REALIZAR FUMIGACION EN EL HOGAR | A M B | A M B | A M B |
| 3 | HOGAR SIN AGUA POTABLE | SE BRINDA EDUCACION A LA FAMILIA SOBRE LA IMPORTANCIA DE HERVIR EL AGUA ANTES DE SER CONSUMIDA POR LOS ALTOS VIRUS,PARASITOS,BACTERIAS Y MICROBIOS QUE ESTA TIENE, Y SE EXPLICA QUE DE EGTA MENERA SE PREVIENEN ENFERMEDADES COMO DIARREAS,HEPATITIS A,AMEBIASIS O DESENTERIA AMEBIAN. REVISION A MEDICINA GENERAL POR PRESENCIA DE DIARREA EN LA COMUNIDAD Y DOLOR DE ESTOAMGO | A M B | A M B | A M B |
| 4 | ERROS SIN VACUNAR Y SIN ESTERILIZA | SE BRINDA INFORMACION SOBRE EL VIRUS DE LA RABIA LOS SIGNOS Y SINTOMAS QUE PRODUCE EN EL FELINO Y LOS RIESGOS TAN GRANDES PARA LA FAMILIA Y LOS VECINOS YA QUE SI EL GATO LLEGA A PADESER LA ENFERMEDAD SI MUERDE A CUALQUIER PERSONA ESTA VA A QUEDAR CON LA ENFERMEDAD TAMBIEN POR LO QUE SE RECOMIENDA VACUNAR Y ESTERILIZAR A LA MASCOTA SE REMITE AL TECNICO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA LA PLICACION DE VACUNAS Y GESTION DE LA ESTERILIZACION. | A M B | A M B | A M B |

### CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

| N° | HALLAZGO | ACTIVIDAD | V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ALBEIRO LOZANO DE 52 AÑOS 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 | ALBEIRO LOZANO DE 52 AÑOS SIN TAMIZAJE DE PROSTATA Y COLON | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TAMIZAJE DE PROSTATA EN ESTA EDAD YA QUE ES UNA DE LAS ENFERMEDADES QUE MAS EFACTA A LOS HOMBRES Y EL TAMIZAJE DE COLON PARA DETECTAR PATOLOGIAS COLORECTALES SE REMITE A MEDICO GENERAL | ✖ A M B | A M B | A M B |
| 3 | ALBEIRO LOZANO DE 52 AÑOS SIN ATENCION CON MEDICO GENERAL | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE ASISTIR A CONDTROLES MEDICOS PARA DETECCION TEMPRANA DE ENFERMEDADES O POSIBLES RIESGOS EN SALUD, TAMBIEN PARA DETECTAR ENFERMEDADESPROPIAS DE LA EDAD COMO HTA,DIABETES,DISLIPIDEMAS ETC. SE REMITE CON MEDICO GENERAL PARA TAMIZAJE DE RCV | ✖ A M B | A M B | A M B |
| 4 | LIBIA SANCHEZ 47 AÑOS 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 |
| 5 | LIBIA SANCHEZ 47 AÑOS SIN ODONTOLOGIA | ADOLESCENTE A QUIEN SE LE BRINDA IMFORMACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO BUCAL,CEPILLADO DIARIO DE LOS DIENTES 3 VECES AL DIA,USO DE CEDA DENTAL Y FORMA DE REALIZARLO. SE REMITE AL PROGRAMA DE ODONTOLOGIA PARA EXAMEN ODONTOLOGICO,CONTROL DE PLACA | ✖ A M B | A M B | A M B |
| 6 | LIBIA SANCHEZ 47 AÑOS SIN CITOLOGIA CONVENCIONAL | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA CITOLOGIA CONVENCIONAL CON EL FIN DE DETECTAR A TIEMPOPATOLOGIAS COMO: VPH,CONDILOMAS,CANDIDIASIS O UN CA DE CERVIX SE REMITE AL PROGRAMA DE ENFERMERIA PARA CITOLOGIA CONVENCIONAL | ✖ A M B | A M B | A M B |
| 7 | LIBIA SANCHEZ 47 AÑOS SIN TAMIZAJE DE MAMA | SE BRINDA EDUCACION SOBRE EL TAMIZAJE DE MAMA Y LA IMPORTANCIA DE ESTE EXAMEN EN ESTE CICLO DE VIDA PARA DETECTAR ENFERMEDADES COMO CA DE SENO SE REMITE A MEDICO GENERAL | ✖ 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

# DUPLA 2

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

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

Version 13.
30042024

## 1. IDENTIFICACION

Alejandro

| AREA GEOGRAFICA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | ZONA | COMUNA/CORREGIMIENTO | BARRIO/VEREDA | SECTOR |
| 66 - RISARALDA | Balboa | R | | V. Llanogrande | F El Juente |

**DATOS DE LA FAMILIA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VIVIENDA | 889 | FAMILIA | 1 | COHORTE | A |

| | |
|---|---|
| FECHA VISITA | 25 07 2024 |
| INGRESO FAMILIAR No de SMLV | 1 |
| No. De Personas de la Familia | 3 |

**DATOS SISBEN**

| | |
|---|---|
| FICHA | 66075. |
| GRUPO | SUBGRUPO: A pobreza extrema |
| PUNTAJE | 3 |
| NIVEL | |
| DIRECCION | V. F El Infierno |
| TELEFONO | 321 9287843 |
| CORREO ELECTRONICO | |

**VIVIENDA SIN OCUPANTES**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DILIGENCIADO POR | Jesus Antonio Hernandez | | | |
| GEOREFENCIACION | LATITUD | 4.9703 049 | LONGITUD | -75.95260 54 |
| 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Olmer | | Gutierrez | Tabordo | M | 07-02-81 43 años | |
| Joan | | Esteban | Gutierrez | Menor | 6- 06-02-2018 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

# 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 | 1119898932 | LUISA | Fernanda | MUÑOZ | GOMEZ | F | 11.06.97 | 27 | 3 | 1 | 2 | 2 | S | 11 | 4 | 0 | N | 1 | NO | 0 | S | N | 0 | N | N | 2 | 0 | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tipo Documento
CC- Cedula de Ciudadanía
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. Palenquero de san Basilio
5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendientes

Por enfermedad, accidente o nacimiento tiene alguna de las siguientes condiciones de Forma permanente
1- Ceguera Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para moverse o caminar por 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
## Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 4. AMBIENTE FISICO

**TIPO DE VIVIENDA**
1.Casa o Apartamento [X]
2.Cuarto
3.Otro tipo
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 [X]
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 [X]
6.Pila Publica
7.Carro tanque
8.Aguatero
9.Donación

**ESTRATO**
1.Bajo bajo [X]
2.Bajo 1
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 2

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

**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 [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 NO

**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 NO

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

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

**ESTADO DE LA COCINA**
1. Presencia humo de leña [X]
2. Cocina aislada de los dormitorios [X]
3. Cocina aislada del sanitario [X]
4. Tiene nevera [X]
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
4. La tiran al patio, lote, zanja o baldio [X]
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 | NO |
| 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 | SI | Gasolina o inflamable | NO |
| Pólvora | NO | Plaguicidas | NO |
| Agroindustrial | SI | 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 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | | Si |
| GATOS | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | | Caracol africano SI/NO |
| | | | | | | | | | |
| EQUINOS | 0 | AVES | | PORCINOS | 44 | | | | |
| OTROS | | CUALES: | | | | | | | |

Vacunados.- esterilizado

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

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | ¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A) | ¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen en la boca o tocan sus partes intimas? (SI, NO, N/A) | Alguna persona de la casa, por varios dias: 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 dias: 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 | | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

## 7. AMBIENTE SOCIAL

| No. | HOMBRES 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. Cazela 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 | Luisa | N | N | N | N | S | S | N | S | N | N | S | S | N | S | N | N | N | N | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de familia | Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud | | Otro / Cuál? | Pertenecen al programa |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 15 | | | 3, 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**
**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 soAUNar | Antecedentes familiares | | | | | Antecedentes personales | Embarazo actual | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | 1a. | 2a. | | | 1.HTA Crónica | 2.Diabetes | 3.Preeclampsia | 4.Desnutrición multiple | 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 calcula automaticamente al guardar el | Tensión arterial | Movimientos fetales |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| Micronutrientes | | | Por qué no los toma? | Síntomas de alarma | | | | | Presencia de síntomas de alarma | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hierro | Acido folico | Calcio | | Salida de liquido vaginal (sangrado o liquido amniotico) | Disminución de movimientos fetales (siente que ya no empieza a sentir) | Sensación de fiebre o pitos, dolor de cabeza o 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 encía de su bebe al día | Cuidado niños y niñas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Exclusiva | Mixta | Total | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | | | MOTRICIDAD GRUESA | MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA | AUDICION Y LENGUAJE | PERSONAL Y SOCIAL | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 | | | | Consulta prioritaria por 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 en los últimos 6 meses | Control de placa en los últimos 6 meses | Presencia de maltrato | N° Comidas al día | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-1-1) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | PESO (Kgs) | TALLA (cms) | IMC (Este campo se calcula de forma automá | MOTRICIDAD GRUESA | MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA | AUDICION Y LENGUAJE | PERSONAL SOCIAL | | | | | | | | | | 1.Cereales, raices, tuberculos y platano | 2.Hortalizas y leguminosas verdes | 3.Frutas | 4.Carne, huevos, leguminosas secas y | 5.Lacteos | 6.Grasas y dulces |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| EXPERIMENTACION | | | Participación en organizaciones de la 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 el 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 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 verdo | 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 automáti | | | | | | | | | | Licor | N° Cigarrillos Al día | SPA | Comida chatarra |
| | Luisa | NO | 108 | 1.67 | | N | 5 | 5 | N | NO | SI | NO | NO | 1 | 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.Cancer | 5.Otros | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | Cancer | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos | 2.Moras, legumbres y verduras | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Juventud | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Citología | Observaciones |
| N | S | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | S | S | S | S | S | N | S/I | NO | S | S | RC/PS |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 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 odontólogo en el último año | Asistencia planificación familiar en el último año | Planificación familiar | Examen de testículo | Autoexamen de seno |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (Kg) | TALLA (Cms) | IMC (Esta campo se calcula automá | | Licor | Nº Cigarrillos al día | SPA | Comidas chatarra | Sistólica | Diastólica | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| Memograsa | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otros | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | 1.Carnes rojas, tubérculos y plátano | 2.Hortalizas y legumbres verdes | 3.Frutas | 4.Cereales nuevos legúmenos secos 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 | 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 testiculo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (Indice de masa corporal) calcule de acuerdo a su talla | | Licor | N° Cigarrillos/Al día | BPA | Comida chatarra | Diastólica | Diastólica | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Autoexamen de seno | Mamografía | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.Diabetes | 2.Hipertension | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otro | Diabetes | Hipertension | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | 1.Cereales, raices, tuberculos y | 2.Hortalizas y legumbres verdes | 3.Frutas | 4.Cereales nuevos y legumbres | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Adulto Mayor | Programa Salud Bucal | Planificacion familiar | Tamizaje Visual | Citología | Ruta de promoción y mantenimiento | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

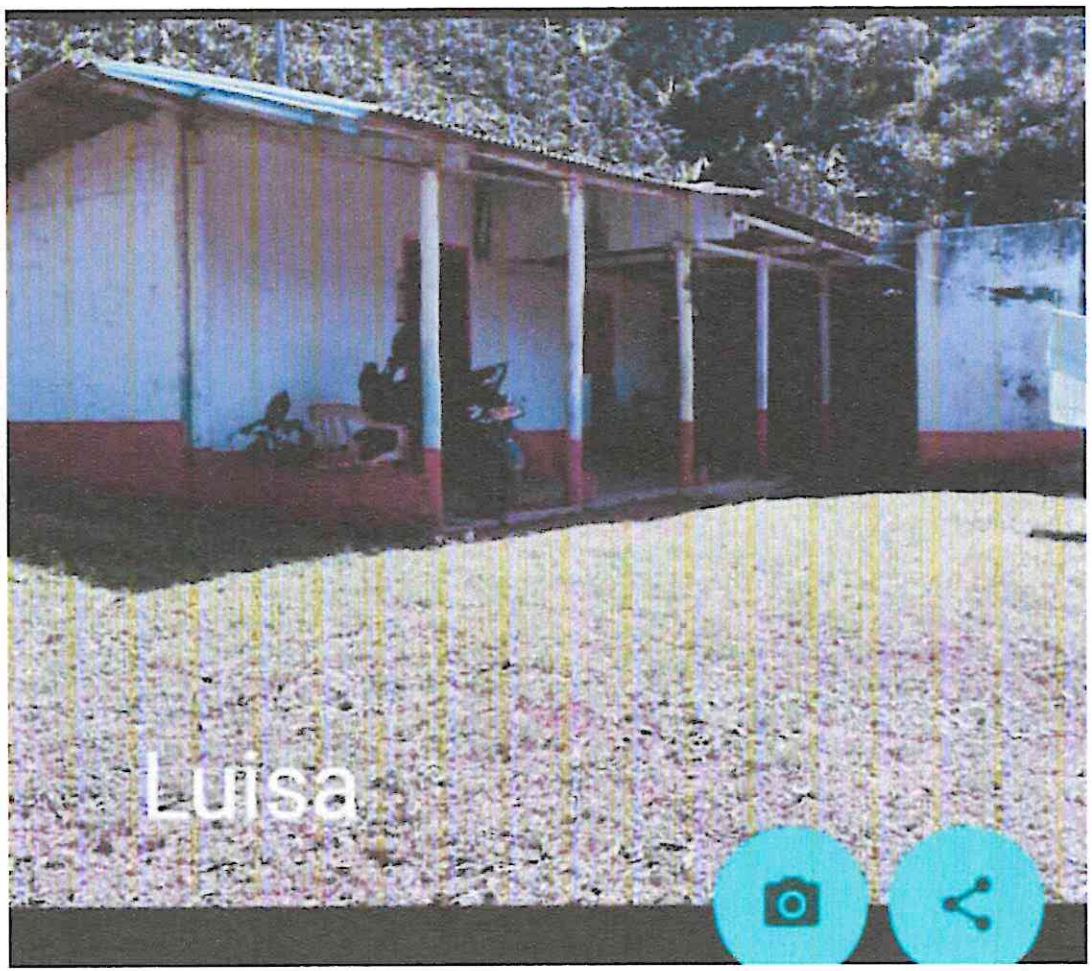
## 15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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


Luisa

# 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 EL DUENDE | Ficha familiar No. 889 |
|---|---|---|---|

| | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V1 | 11 | 7 | 2024 | V2 | | | | V3 | | | |

| Responsable 1: JESSICA TATIANA MOSQUERA ESPINOSA<br>Responsable 2: JESUS ANTONIO HERNANDEZ CASTRILLON | Responsable 1:<br>Responsable 2: | Responsable 1:<br>Responsable 2: |
|---|---|---|

| Nombre del Jefe del Hogar: LUISA FERNANDA MACIA GOMEZ | Nombre de quién recibe la visita: LUISA FERNANDA MACIA GOMEZ | N° telefono contacto 3234310712 |
|---|---|---|

| 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 ALCANTARILLADO, 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 | 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 |
| 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, SE REMITE A LA ALCALCIA | A M B | A M B | A M B |
| 4 | CASA SIN CIELO RAZO | SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE GESTIÓN PARA CIELO RAZO, YA QUE PUEDE SER POR FACIL ACCESO DE LOS ANIMALES PARA PROTEGER LA INTEGRIDAD DE LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL HOGAR, SE REMITE A ALCALDIA PARA PLAN DE INTERVENCIÓN | A M B | A M B | A M B |
| 5 | COCINAN EN LEÑA | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE IMPLEMENTAR UNA SALIDA AL HUMO CUANDO SE COCINA EN LEÑA YA QUE ES NOCIVO PARA LOS PULMONES Y PUEDE PROVOCAR CON EL TIEMPO ASMA Y ENFERMEDADES RESPIRATORIOS COMO EL EPOC QUE NO TIENE CURA SE REMITE A PLANEACION PARA EVLUACION DE LA COCINA Y POSIBLE SOLUCION PARA LA SALIDA DE HUMO | A M B | A M B | A M B |
| 4 | 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 |

### CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

| N° | HALLAZGO | ACTIVIDAD | V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | LUISA FERNANDA MACIA GOMEZ/ 27 AÑOS DE EDAD, EN JUVENTUD/ SIN ATENCIÓN PSICOLOGICA | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE RECONOCER LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE DEPRESIÓN, PREVENCIÓN DE IDEAS SUICIDAS; EXPRESAN EN LA ENTREVISTA, ALTERACIONES EN EL AMBIENTE PSICOLOGICO DEBIDO A DIVERSAS SITUACIONES QUE SE HAN ATRAVESADO, SE HAN SENTIDO DECAIDOS, SE HIZO UNA RECEPCION DE LA INFORMACIÓN, VALIDANDO SUS SENTIMIENTOS Y SE REMITE A PSICOLOGIA | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 2 | LUISA FERNANDA MACIA GOMEZ/ 27 AÑOS DE EDAD, EN JUVENTUD/ SIN CONTROL DEL JOVEN - CITOLOGIA | SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE CONSULTA POR ENFERMERIA PARA A 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 Y CONTROL DEL JOVEN | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 3 | LUISA FERNANDA MACIA GOMEZ/ 27 AÑOS DE EDAD, EN JUVENTUD/ TAMIZAJE RIESGO CARDIOVASCULAR | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE CONTROLES Y CONSULTAS PERTINENTES PARA DIAGNOSTICAR ENFERMEDADES A TIEMPO TAMBIEN SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES O PLAGAS. SE REALIZA EDUCACIÓN SOBRE LA REALIZACIÓN DE AUTOEXAMEN DE MAMA Y SE REALIZA REMISION PARA CONSULTA CON MEDICINA GENERAL | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |

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

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

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

Version 13.
30042024

## 1. IDENTIFICACION

Alvarado

| AREA GEOGRAFICA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | ZONA | COMUNA/CORREGIMIENTO | BARRIO/VEREDA | SECTOR |
| 66 - RISARALDA | Balbar | R | | V. Ilanograndh | Agroccital F el Bosque |

VIVIENDA SIN OCUPANTES

| DILIGENCIADO POR | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Jesus Antonio Herrera | | | |
| GEOREFENCIACION | LATITUD | 4.997270 57 | LONGITUD | -75.9527 442 |
| NÚMERO MATRICULA: | | | | |

| DATOS DE LA FAMILIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VIVIENDA | 890 | FAMILIA | 1 | COHORTE | A |
| FECHA VISITA | 15-07-24 | | | | |
| INGRESO FAMILIAR No de SMLV | 1 SMLV | | | | |
| No. De Personas de la Familia | 1 | | | | |

| DATOS SISBEN | |
|---|---|
| FICHA | 66075045522100000285 |
| GRUPO | SUBGRUPO: Vulnerable |
| PUNTAJE | 54 |
| NIVEL | |
| DIRECCION | |
| TELEFONO | 316 5610079 |
| 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 SI/NO | Discapacidad origen | Discapacidad tipo | Desmovilizado SI/NO | SI/NO N.A | SI/NO | No. Meses |
| 1 | CC | 420729882010 | JUAN | LORZO | BOLIO | | F | 24.11.62 | 61 | A | 2 | 2 | 3 | S | 15 | 0 | 0 | S | COL | 2 | | S | N | | N | NO | NO | |
| 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 [X]
2.Cuarto
3.Otro tipo
4.Casa Indigena

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

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

**SERVICIO SANITARIO**
1. Inodoro con conexión a alcantarillado
2. Inodoro con conexión a pozo séptico [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 [X]
2. Vivienda con riesgo de inundación
3. Vivienda con riesgo de colapso
4. Número de personas por habitación

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

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

**RESERVORIOS DE AGUA**
1. Cuantos [N]
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 [X]
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 [X]

CIELO RASO? SI/NO [SI]
CIELO RASO ADECUADO? SI/NO [SI]

Estado del techo
bueno
malo [X]

**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 [SI]
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 baldio
5.La tiran al rio, caño, quebrada, laguna
6.La eliminan de otra forma

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

Separado de la Fuente

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Energía 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 | |

**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 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | | SI |
| GATOS | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | Caracol africano SI/NO |
| | | | | | | | | | |
| EQUINOS | 0 | AVES | 5 | PORCINOS | 0 | | | | SI |
| 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 intimas? (SI, NO, N/A) | Alguna persona de la casa, por varios dias: 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 dias: 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 | DOG | N. | N. | SI | N | N | N | N | SI | |
| 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 | DAIV | X | N | N | N | N | N | N | SI | S. | S | S | S. | N | N | N | N | N | N | V | |
| 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 | | | 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 psicoprofilactico | Consulta odontológica | Toxoide Tetánico | | Influenza | DPT adulto | 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 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 | Movimiento fetales |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de sangre | ANTECEDESTES OBSTETRICOS | | | | | | | | | Antecedente embarazo anterior (último embarazo) | | | | | | | | | Exámenes de laboratorio | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Riesgo biológico | Inclusión intergenesico | 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 | Serologia | PTA-AR | 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 (sanguinolento o liquido amniotico) | Disminución de movimientos fetales (después de las 20 semanas 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 | 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 CyD | Número de veces que limpia la encía 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

Version 13.
30042024

## 10. INFANCIA - 6 A 11

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | ALTERACION DEL DESARROLLO | | | | Consulta primera infancia AIPDI | 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 automática) | MOTRICIDAD GRUESA Y FINA | MOTRICIDAD ADAPTIVA | AUDICION Y LENGUAJE | PERSONAL SOCIAL | | | | | | | | | | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátano | 2.Hortalizas y legumbres verdes | 3.Fruta s | 4.Carne, huevos, leguminosas secas y | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 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 consumo

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

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

| Control odontológico en los últimos 6 meses | No cepillados al día | Uso seda dental | Aplicación de flúor en los últimos 6 meses | Control de placa en los últimos 6 meses | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6) | | | | | | Remitir a | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos | 2.Hortalizas y leguminosas verdo | 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 | 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.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 | Sensibilidad 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 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 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 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

## 14. VEJEZ - MAYOR A 60

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Asiste a programa control del adulto | Examen de próstata en los últimos 2 años | Citología vaginal | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | N. de horas de actividad física semanal | Consumo de | | | | Presión arterial en mmHg | | Perímetro abdominal | Perímetro de cadera | Indice cintura cadera | Señales de maltrato | Asistió al odontólogo en el último año | Asistencia psicología en el último año | Planificación familiar | Examen de testículo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (Este campo calcula de forma automática) | | Licor | N° cigarrillos al día | BPA | Comida chatarra | Sistólica | Diastólica | | | | | | | | |
| | DORA | NO | NA | NO | 60 | 159 | | NO | N | N | N | N | 120 | 80 | 89 | 90 | | NO | SI | NO | N | NC |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Autoexamen de seno | Mamografía | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Cardiovascular | 4.Cancer | 5.Otro | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | 1.Cereales, raíces, tubérculos y | 2.Hortalizas y legumbres verdes | 3.Frutas | 4.Carne, huevos, leguminosas | 5.Lácteos | 6.Grasas y aceites | Programa Adulto Mayor | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Tamiza je Visual | Ciclo Gfa | Ruta de promoción y mantenimiento | Observaciones |
| N | N | SI | SI | N | N | N | SI | N | SI | NO | SI | N | N | SI | SI | SI | SI | SI | NO | NO | SI | SI | SI | psicología |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 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_ Dora Lucia

# 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 LLANOGRANDE | Ficha familiar No. 890 |
|---|---|---|---|

| | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V1 | 15 | 7 | 2024 | V2 | | | | V3 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Responsable 1: JESSICA TATIANA MOSQUERA ESPINOSA<br>Responsable 2: JESUS ANTONIO HERNANDEZ CASTRILLON | Responsable 1:<br>Responsable 2: | Responsable 1:<br>Responsable 2: |

| Nombre del Jefe del Hogar: DORA LUCIA LOAIZA GARCIA | Nombre de quién recibe la visita: DORA LUCIA LOAIZA GARCIA | N° telefono contacto 3165610079 |
|---|---|---|

| VISITA No. | OBSERVACIONES |
|---|---|
| V1 | ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN INADECUADAS CONDICIONES, CON PUERTAS Y PISO EN 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 ALCANTARILLADO, 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 | 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 |
| 2 | HOGAR CON AGUA DE NACIMIENTO Y ACUEDUCTO | 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, SE REMITE A LA ALCALCIA | 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 CONSIMIDOS, EL CONSTANTE LAVADO DE MANOS Y LIMPIEZA DEL HOGAR PARA EVITAR ESTE TIPO DE ENFERMEDADES, SE REMITE AL TECHICO 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 | DORA LUCIA LOAIZA GARCIA/ 61 AÑOS DE EDAD, EN VEJEZ/ SIN ATENCIÓN MEDICA Y TAMIZAJE DE MAMA | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE CONTROLES Y CONSULTAS PERTINENTES PARA DIAGNOSTICAR ENFERMEDADES A TIEMPO TAMBIEN SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES O PLAGAS. SE REALIZA EDUCACIÓN SOBRE LA REALIZACIÓN DE AUTOEXAMEN DE MAMA Y SE REALIZA REMISION PARA CONSULTA CON MEDICINA GENERAL | A M B | A M B | A M B |
| 2 | DORA LUCIA LOAIZA GARCIA/ 61 AÑOS DE EDAD, EN VEJEZ/ 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 | DORA LUCIA LOAIZA GARCIA/ 61 AÑOS DE EDAD, EN VEJEZ/ SIN PROGRAMA DE ADULTO MAYOR Y CITOLOGIA | SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LA RELEVANCIA QUE TIENE LA INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL PROGRAMA DE ADULTO MAYOR Y 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 | ✖ M B | A M B | A M B |
| 4 | DORA LUCIA LOAIZA GARCIA/ 61 AÑOS DE EDAD, EN VEJEZ/ 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, TENIENDO EN CUENTA LO QUE SE REFIERE EN LA VISITA CON DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL SE REALIZA REMISION DEA MEDICINA GENERAL PARA REALIZAR EL TAMIZAJE VISUAL. | ✖ 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

# 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. Tres esquinas | Caso Lote T |

VIVIENDA SIN OCUPANTES

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DILIGENCIADO POR | Jesus Antonio Hernandez C | | | |
| GEOREFENCIACION | LATITUD | 4.96 30762 | LONGITUD | -75.961 4856 |
| NÚMERO MATRICULA: | | | | |

| DATOS DE LA FAMILIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VIVIENDA | 891 | FAMILIA | 1 | COHORTE | A |
| FECHA VISITA | 15-07-2024 | | | | |
| INGRESO FAMILIAR No de SMLV | 3 | | | | |
| No. De Personas de la Familia | | | | | |

| DATOS SISBEN | |
|---|---|
| FICHA | |
| GRUPO | SUBGRUPO: |
| PUNTAJE | |
| NIVEL | |
| DIRECCION | |
| TELEFONO | 320 5308789 |
| 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Luis | Octavio | Lanco | Escobar | M | 57 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.Parente servicio doméstico/cuidan

| No. | IDENTIFICACIÓN | | NOMBRE Y APELLIDOS | | | | SEXO | FECHA DE NACIEMIENTO | EDAD / UNIDAD | | ESTADO CIVIL | PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR | NIVEL EDUCATIVO | SABE LEER | No APROBADOS | OCUPACIÓN | ¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO? | APORTA A FONDO DE PENSIONES | AFILIACIÓN | | ETNIA | GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL | | | P.P.R.D.R | Gestante No. en meses | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | tipo | NÚMERO | NOMBRE 1 | NOMBRE 2 | APELLIDO 1 | APELLIDO 2 | M/F | | No. | U | | | | SI/No | | | | SI/NO | Tipo | EPS | | Desplazado SI/NO | Discapacidad origen | Discapacidad tipo | Desmovilizado SI/NO | SI/NO N.A | SI/NO | No. Meses |
| 1 | CC | 1090076534 | Diana | Milena | Cano | Zapata | F | 16/06/90 | 34 | A | 1 | 2 | 2 | S | 11 | | | 0 | 1 | DSS | | N | N | | N | N | N | |
| 2 | CC | 24511.946 | Carmen | Lucia | Zapata | Hernandez | F | 26/03/67 | 57 | A | 0 | 3 | 1 | S | 3 | | | 0 | 1 | DSS | | N | N | | N | N | N | |
| 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 Transito
4- Enfermedad Profesional
5- Violenta
6- Desconocido

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

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

Version 13.
30042024

## 4. AMBIENTE FISICO

**TIPO DE VIVIENDA**
- 1.Casa o Apartamento: X
- 2.Cuarto
- 3.Otro tipo
- 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
- 6.Pila Publica
- 7.Carro tanque
- 8.Aguatero
- 9.Donación

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

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

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

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

**RESERVORIOS DE AGUA**
- 1. Cuantos: NO
- 2. Positivos: NO
- 3. Tanque bajo: NO
- 4. Tanque cubierto: NO
- 5. Angeos en puertas y ventanas: NO
- 6. Uso de toldillos: NO

**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: NO
- malo

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

Grietas en paredes SI/NO

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

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

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

**APROVECHAMIENTO (DE LOS RESIDUOS SOLIDOS)**
- 1. Lombricultivo
- 2.Abono: X
- 3.Reciclados
- Separado de la Fuente

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

**OTROS DATOS ADICIONALES**

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

**ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA**
- Detergente: NO
- Pólvora: NO
- Agroindustrial: NO
- Gasolina o inflamable: NO
- Plaguicidas: NO
- 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 | 1 | 0 | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 | | |
| GATOS | 0 | 2 | 3 | 2 | 0 | 2 | 0 | | Caracol africano SI/NO |
| | | | | | | | | | |
| EQUINOS | 0 | AVES | 3 | PORCINOS | 0 | | | | S |
| OTROS | | CUALES: | Gallina | | | | | | |

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

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | ¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A) | ¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen en la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, N/A) | Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se asea 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz | Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otra grita 7. Dice que tiene mucho miedo | Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes | Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o mantiene con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte | Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede | Remitir a intervención psicológica | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | N | N | N | N | N | N | N. | | |
| 2 | 2 | N | N | N | N | N | N | N. | | |
| 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 | DIANA | U | S | N | N | S | S | N | S | S | N | S | S | N | S | N | N | N | N | | |
| 2 | CARMEN | U | S | N | U | S | S | N | S | S | N | S | S | N | S | N | N | N | N | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de familia | Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud | | Otro / Cuál? | Pertenecen al programa |
|---|---|---|---|---|
| + | 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 Secretaría.
9. TBC y Lepra
10. Seguridad Laboral
11. Zoonosis y ETV.
12. Emergencias y Desastres
13. Salud Ambiental.
14. Prestación de Servicios.
15. Hospital.
16. Otro.
17. Dirección local de Salud.

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

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

Version 13.
30042024

# 8. GESTANTES

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | Estado actual planeado | Planificación al momento del embarazo | Asiste a control prenatal | No. de controles | Asiste a curso psicoprofilactico | Consulta odontológica | Toxoide Tetánico | | Influenza | DPT poolular | 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 gestación | Peso anterior (kgs) | Peso actual (kgs | Talla (cms) | I.M.C. (Este campo se calculado automáticamente al guardar) | Tension arterial | Movimientos fetales |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de sangre | ANTECEDESTES OBSTETRICOS | | | | | | | | | | Antecedente embarazo anterior (último embarazo) | | | | | | | | | Exámenes de laboratorio | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Riesgo biológico | Intervalo intergenesico | Historia Gestacional | | | | | | Estado actual de los hijos | | Diabetes gestacional | Hipertension 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 síntomas de alarma | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hierro | Acido folico | Calcio | | Salida de líquido vaginal (sangrado o líquido amniótico) | Disminución de movimientos fetales (después de que los empiece a sentir) | Sensación de fiebre o dolor en la boca del estómago | 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**
**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

## 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 últimos 6 meses | No cepillados al día | Uso seda dental | Aplicación de flúor últimos 6 meses | Control de placa últimos 6 meses | Presencia de maltrato | N° Comidas al día | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-1-1) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | PESO (Kg) | TALLA (cms) | IMC (Este campo se calcula de manera automática | MOTRICIDAD GRUESA | MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA | AUDICION Y LENGUAJE | PERSONAL Y SOCIAL | | | | | | | | | | 1.Cereales, raices, tuberculos y platano | 2.Hortalizas y leguminosas verdes | 3.Fruta | 4.Carne, huevos, leguminosas secas y | 5.Lácteos | 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 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL LICOR | DEL CIGARRILLO | DEL SPA | | | | | | | | | | | | | | C y D | Programa Salud Bucal | Otro / Cual | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 1 Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca | | | 1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro | | | | | | | | | 1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

# 11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | Control del joven | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años | Método de Planificación | Esquema de vacunación completo | N. de Horas de actividad física semanal | N° Consumo de cigarrillo al 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 seda dental | Aplicación de flúor en los últimos 6 meses | Control de placa en los últimos 6 meses | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6) | | | | | | Remitir a | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos | 2.Hortalizas y leguminosas verde | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos leguminosas secas y mezclas | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Adolescente | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Citología | Tamizaje Visual | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

## 12. JUVENTUD - 18 A 28

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

1. Si 2.No 3.No aplica

1, No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Ovulos, 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.(1-1-6) | | | | | | Remitir a | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.Diabetes | 2.Hipertension | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otros | Diabetes | Hipertension | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | Cáncer | 1.Cereales, raices, tuberculos y platano | 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 | 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 | | | | | | | | | |
| | Pilar | N | N | N | 70 | 153 | | 0 | N | N | N | N | 110 | 90 | - | 111 | 89 | N | SI | NO | NO | NA | SI |
| | Carmen | SI | N | N | 68 | 150 | | 0 | N | N | N | N | 110 | 80 | - | 101 | 106 | N | SI | SI | SI | NO | SI |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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, 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 |
| NO | N | N | N | N | N | N | N | N | N | N | S | S | S | S | S | S | S | S | SI | SI | S | SI | |
| SI | N | N | N | N | N | N | SI | N | N | N | S | S | S | S | S | S | N | S | N | NO | S | SI | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

## 14. VEJEZ - MAYOR A 60

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

| Autoexamen mama | Mamografía | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otra | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | 1.Cereales, raices, tubérculos y | 2.Hortalizas y leguminosas verdes | 3.Fruta | 4.Carnes, huevos leguminosas | 5.Lácteos | 6.Otros ricos en azucares y grasas | Programa Adulto Mayor | Programa de Salud Bucal | Planificación Familiar | Tamiza je Visual | Citología | Ruta de promoción y mantenimiento | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

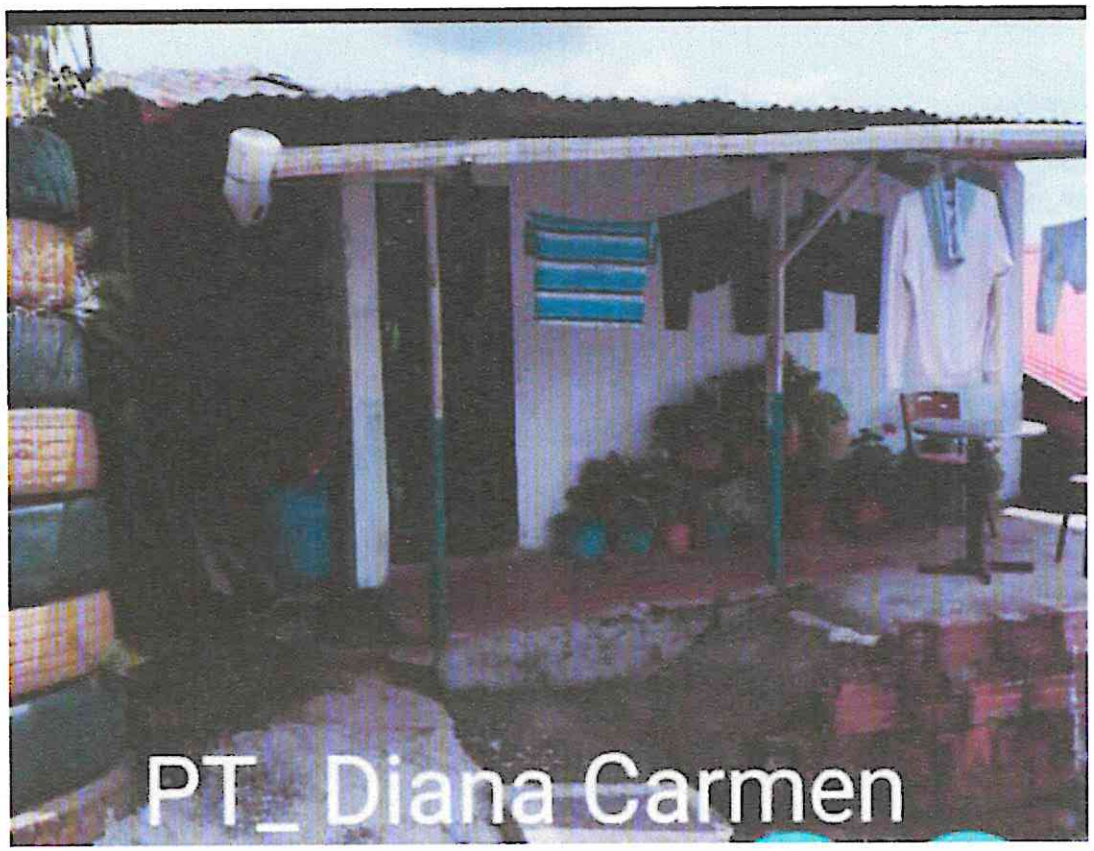
## 15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

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 Renal | |


PT_ Diana Carmen

# FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

## PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Municipio: BALBOA | | | Barrio o Vereda LLANOGRANDE | | Direcccion LLANOGRANDE | | | Ficha familiar No. 891 | | | |
| V1 | DIA | MES | AÑO | V2 | DIA | MES | AÑO | V3 | DIA | MES | AÑO |
| | 15 | 7 | 2024 | | | | | | | | |
| Responsable 1: JESSICA TATIANA MOSQUERA ESPINOSA<br>Responsable 2: JESUS ANTONIO HERNANDEZ CASTRILLON | | | | Responsable 1:<br>Responsable 2: | | | | Responsable 1:<br>Responsable 2: | | | |
| Nombre del Jefe del Hogar: LUIS OCTAVIO CORREA | | | | Nombre de quién recibe la visita: DIANA MILENA CORREA ZAPATA | | | | N° telefono contacto: 3145654368 | | | |

| VISITA No. | OBSERVACIONES |
|---|---|
| V1 | ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN CONDICIONES INADECUADAS PARA HABITAR, CON PUERTAS METALICAS, VENTANAS Y PISO EN CEMENTO, MATERIAL DE LADRILLO LOS CIMIENTOS DEL HOGAR. TECHO EN ZINC, SIN CIELO RAZO, NO CUENTAN CON AGUA DE ACUEDUCTO, CUENTAN CON INODORO CON CONECCIÓN A ALCANTARILLADO, 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 | CIELO RAZO IMPROVISADO CON ESTOPA | SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE GESTIÓN PARA CIELO RAZO, YA QUE EN EL MOMENTO SE ENCUENTRAN CON UN CIELO RAZO PROVICIONAL QUE ES CON CUBIERTA DE ESTOPA. SE EDUCA QUEESTO PUEDE SER UN FACIL ACCESO DE LOS ANIMALES, POR ENDE ES NECESARIO REESTRUCTURARLO PARA PROTEGER LA INTEGRIDAD DE LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL HOGAR, SE REMITE A ALCALDIA PARA PLAN DE INTERVENCIÓN | A M B | A M B | A M B |
| 2 | PRESENCIA DE CARACOL AFRICANO | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA TOXICIDAD CON LA QUE CUENTAN LOS CARACOLES AFRICANOS, QUE SON UN RIESGO PARA LA SALUD DE LAS PERSONAS, SOBRE SU PROPAGACIÓN, QUE SE DISEMINAN FACILMENTE, SE INSTRUYO EN CASO TAL DE QUE SE EVIDENCIE LA PRESENCIA DE UNO DE ESTOS CARACOLES, DEBE SER EXTERMINADO, CON METODOS TRADICIONALES COMO CON SODIO (SAL) Y POSTERIORMENTE ALEJADOS DE UN LUGAR QUE PUEDA TENER CONTACTO CON LAS PERSONAS O ALIMENTOS | A M B | A M B | A M B |
| 3 | 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 |
| 4 | COCINAN EN LEÑA | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE IMPLEMENTAR UNA SALIDA AL HUMO CUANDO SE COCINA EN LEÑA YA QUE ES NOCIVO PARA LOS PULMONES Y PUEDE PROVOCAR CON EL TIEMPO ASMA Y ENFERMEDADES RESPIRATORIOS COMO EL EPOC QUE NO TIENE CURA SE REMITE A PLANEACION PARA EVLUACION DE LA COCINA Y POSIBLE SOLUCION PARA LA SALIDA DE HUMO | A M B | A M B | A M B |

## CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

| N° | HALLAZGO | ACTIVIDAD | V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | DIANA MILENA CORREA ZAPATA / 34 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 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | DIANA MILENA CORREA ZAPATA / 34 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN TAMIZAJE RIESGO CARDIOVASCULAR | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TAMIZAJE DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y SU IMPACTO EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE PRESENCIA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES COMO HIPERTESIÓN ARTERIAL Y DIABETES, SE BRINDA INFORMACION SOBRE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ESTAS PATOLOGIAS Y SE REMITE A MEDICINA GENERAL PARA TAMIZAJE DE RIESGO CARDIOVASCULAR | ✖ M B | A M B | A M B |
| 3 | DIANA MILENA CORREA ZAPATA / 34 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN TAMIZAJE VISUAL | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA AGUDEZA VISIUAL EN ESTE CICLO DE VIDA YA QUE UN METODO DE DETECCION TEMPRANA PARA POSIBLES COMPLICACIONES VISUALES COMO ASTIGMATISMO Y MIOPIA, SE REALIZA REMISION DEA MEDICINA GENERAL PARA REALIZAR EL TAMIZAJE VISUAL. | ✖ M B | A M B | A M B |
| 4 | DIANA MILENA CORREA ZAPATA / 34 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN CITOLOGIA | SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LA RELEVANCIA QUE TIENE LA INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL PROGRAMA DE ADULTEZ Y 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 | ✖ M B | A M B | A M B |
| **N°** | **HALLAZGO** | **ACTIVIDAD** | **V1** | **V2** | **V3** |
| 1 | CARMEN LUCIA ZAPATA / 57 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN ATENCIÓN MEDICA Y TAMIZAJE DE MAMA | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE CONTROLES Y CONSULTAS PERTINENTES PARA DIAGNOSTICAR ENFERMEDADES A TIEMPO TAMBIEN SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES O PLAGAS. SE REALIZA EDUCACIÓN SOBRE LA REALIZACIÓN DE AUTOEXAMEN DE MAMA Y SE REALIZA REMISION PARA CONSULTA CON MEDICINA GENERAL | ✖ M B | A M B | A M B |
| 3 | CARMEN LUCIA ZAPATA / 57 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN TAMIZAJE VISUAL | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA AGUDEZA VISIUAL EN ESTE CICLO DE VIDA YA QUE UN METODO DE DETECCION TEMPRANA PARA POSIBLES COMPLICACIONES VISUALES COMO ASTIGMATISMO Y MIOPIA, SE REALIZA REMISION DEA MEDICINA GENERAL PARA REALIZAR EL TAMIZAJE VISUAL. | ✖ M B | A M B | A M B |
| 2 | CARMEN LUCIA ZAPATA / 57 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. | ✖ 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

# 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 | | Tres esquinas | CASCO URB |

VIVIENDA SIN OCUPANTES

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DILIGENCIADO POR | Jesus Antonio Herrera | | | |
| GEOREFENCIACION | LATITUD | 4963141 37 | LONGITUD | -7596122222 |
| NÚMERO MATRICULA: | | | | |

| DATOS DE LA FAMILIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VIVIENDA | 661 | FAMILIA | 1 | COHORTE | A |
| FECHA VISITA | | 15-7-24 | | | |
| INGRESO FAMILIAR No de SMLV | | 3 | | | |
| No. De Personas de la Familia | | | | | |

| DATOS SISBEN | |
|---|---|
| FICHA | |
| GRUPO | SUBGRUPO: B-2 |
| PUNTAJE | |
| NIVEL | |
| DIRECCION | Tres Esquinas |
| TELEFONO | 314. 617 8920 |
| 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Yeison | Humberto | Vargas | Pino | M | 24 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

# FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 3. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

| No. | IDENTIFICACIÓN | | NOMBRE Y APELLIDOS | | | | SEXO | FECHA DE NACIEMIENTO | EDAD / UNIDAD | | ESTADO CIVIL | PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR | NIVEL EDUCATIVO | SABE LEER | No APROBADOS | OCUPACIÓN | ¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO? | APORTA A FONDO DE PENSIONES | AFILIACIÓN | | ETNIA | GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL | | | | P.P.R.D.R | Gestante No. en meses | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | tipo | NÚMERO | NOMBRE 1 | NOMBRE 2 | APELLIDO 1 | APELLIDO 2 | M/F | | No. | U | | | | SI/No | | | | SI/NO | Tipo | EPS | | Desplazado SI/NO | Discapacidad origen | tipo | Desmovilizado SI/NO | SI/NO N.A | SI/NO | No. Meses |
| 1 | CC | 41937601 | Edilma | | Pino | Rubiano | F | 04.974 | 49 | | 1 | 2 | 2 | S | 11 | 1 | 0 | 0 | 1 | | 0 | N | N | | N | | | |
| 2 | CC | 43580708 | Luis | Eli | Valdez | Rojo | M | 280276 | 48 | | 1 | 1 | 1 | S | 2 | 4 | 0 | 0 | 1 | | 0 | N | N | | N | | | |
| 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 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, Bioenergia, Otros
- 3.Gas Propano (cilindro)
- 4.Kerosene, Petróleo, Gasolina, Cocinol, Alcohol
- 5.Vela
- 6.Ninguno

**SERVICIO SANITARIO**
- 1. Inodoro con conexión a alcantarillado
- 2. Inodoro con conexión a pozo séptico 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 X
- 2.Bajo
- 3.Medio bajo
- 4.Medio
- 5.Medio Alto
- 6.Alto

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

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

**AGUA CASERA**
- 1.Sin tratamiento
- 2.Clorada
- 3.Filtrada X
- 4.Hervida X
- 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 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 NO

**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 SI PERO 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 X
- 3.Canecas Con tapa
- 4.Caneca Sin tapa
- 5.Suelo

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

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

**LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE**

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

**OTROS DATOS ADICIONALES**

Actividad lucrativa dentro de la vivienda [ ] N 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 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | NO |
| GATOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | Caracol africano SI/NO |
| | | | | | | | | | |
| EQUINOS | 0 | AVES | 11 | PORCINOS | 0 | | | | NO |
| OTROS | 0 | CUALES: | 0 | | | | | | |

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

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | ¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A) | ¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen en la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, N/A) | Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se asea 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz | Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otra grita 7. Dice que tiene mucho miedo | Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes | Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o mantiene con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte | Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede | Remitir a intervención psicológica | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Edimilson | N | N | N | N | N | N | N | N | |
| 2 | Eli: | N | N | N | N | N | N | N | N | |
| 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 | echeverri40 | N | N | N | N | S | S | N | N | N | no | N | ✓ | N | N | N | N | N | N | | |
| 2 | Lop 69 | N | N | N | N | S | S | N | N | N | no | N | ✓ | ✓ | N | ✓ | N | N | T | | |
| 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 | 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

**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 odontologica | 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 del parto | Semanas de gestación | Peso anterior (kgs) | Peso actual (kgs | Talla (cms) | I.M.C. (Solo se calcula automáticamente al grabar el | Tensión arterial | Movimientos fetales |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| Micronutrientes | | | Por qué no los toma? | Síntomas de alarma | | | | | Presencia de síntomas de alarma | Remitir a | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hierro | Acido folico | Calcio | | Salida de liquido vaginal (sangrado o liquido amniótico) | Disminución de movimientos fetales (despues de que los empiece a sentir) | Sensación de fiebre, 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 | 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 CyD | Número de veces que limpia la encia de su bebe al dia | Cuidado niños y niñas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Exclusiva | Mixta | Total | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | | | MOTRICIDAD GRUESA | MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA | AUDICION Y LENGUAJE | PERSONAL Y SOCIAL | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tiempo en meses

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

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

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

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 automa | 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 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca

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

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

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

Version 13.
30042024

# 11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | Control del joven | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años | Método de Planificación | Esquema de vacunación completo | N. de Horas de actividad física semanal | N° Consumo de cigarrillo al 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 se calcula o 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 de automá | | Licor | N° Cigarrillos al día | SPA | Comida chatarra | Sistólica | Diastólica | | | | | | | | | |
| | edin | N | NO | N | 68 | 1.57 | | N | N | N | N | N | 110 | 80 | 89 | 111 | | N | P | N | N | N | N |
| | eli | N | N | N | 90 | 1.69 | | N | N | N | N | N | 120 | 82 | 89 | 108 | | N | N | N | N | N | NO |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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

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

Version 13.
30042024

## 14. VEJEZ - MAYOR A 60

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

| Autoexamen mama | Mamografía | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otra | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | 1.Cereales, raices, tubérculos y | 2.Hortalizas leguminosas verdes | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos, leguminosas | 5.Lácteos | 6.Grasas y azucares | Programa Adulto Mayor | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Tamiza je Visual | Citolo gía | 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 | |


PT_Edimilgen Pi...

# 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. 661 |
|---|---|---|---|

| | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V1 | 15 | 7 | 2024 | V2 | | | | V3 | | | |

| Responsable 1: JESSICA TATIANA MOSQUERA ESPINOSA<br>Responsable 2: JESUS ANTONIO HERNANDEZ CASTRILLON | Responsable 1:<br>Responsable 2: | Responsable 1:<br>Responsable 2: |
|---|---|---|

| Nombre del Jefe del Hogar: LUIS ELY VARGAS REYES | Nombre de quién recibe la visita: EDY MILGEN PINO | N° telefono contacto: 3146178920 |
|---|---|---|

| VISITA No. | OBSERVACIONES |
|---|---|
| V1 | ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN CONDICIONES INADECUADAS PARA HABITAR, CON PUERTAS METALICAS, VENTANAS Y PISO EN CEMENTO, MATERIAL DE LADRILLO LOS CIMIENTOS DEL HOGAR, TECHO EN ZINC, SIN CIELO RAZO, NO CUENTAN CON AGUA DE ACUEDUCTO, CUENTAN CON INODORO CON CONECCIÓN A ALCANTARILLADO, 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 | AGUA DE NACIMIENTO | 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, SE REMITE A LA ALCALCIA | A M B | A M B | A M B |
| 2 | CIELO RAZO IMPROVISADO CON ESTOPA | SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DE GESTIÓN PARA CIELO RAZO, YA QUE EN EL MOMENTO SE ENCUENTRAN CON UN CIELO RAZO PROVICIONAL QUE ES CON CUBIERTA DE ESTOPA. SE EDUCA QUEESTO PUEDE SER UN FACIL ACCESO DE LOS ANIMALES, POR ENDE ES NECESARIO REESTRUCTURARLO PARA PROTEGER LA INTEGRIDAD DE LAS PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN EL HOGAR, SE REMITE A ALCALDIA PARA PLAN DE INTERVENCIÓN | A M B | A M B | A M B |
| 3 | PRESENCIA DE CARACOL AFRICANO | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA TOXICIDAD CON LA QUE CUENTAN LOS CARACOLES AFRICANOS, QUE SON UN RIESGO PARA LA SALUD DE LAS PERSONAS, SOBRE SU PROPAGACIÓN, QUE SE DISEMINAN FACILMENTE, SE INSTRUYO EN CASO TAL DE QUE SE EVIDENCIE LA PRESENCIA DE UNO DE ESTOS CARACOLES, DEBE SER EXTERMINADO, CON METODOS TRADICIONALES COMO CON SODIO (SAL) Y POSTERIORMENTE ALEJADOS DE UN LUGAR QUE PUEDA TENER CONTACTO CON LAS PERSONAS O ALIMENTOS | 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 | EDY MILGEN PINO / 49 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 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EDY MILGEN PINO / 49 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN TAMIZAJE RIEGSO CARDIOVASCULAR | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TAMIZAJE DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y SU IMPACTO EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE PRESENCIA DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES COMO HIPERTESIÓN ARTERIAL Y DIABETES, SE BRINDA INFORMACION SOBRE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE ESTAS PATOLOGIAS Y SE REMITE A MEDICINA GENERAL PARA TAMIZAJE DE RIESGO CARDIOVASCULAR | ✖ M B | A M B | A M B |
| 2 | EDY MILGEN PINO / 49 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN EXAMEN MEDICO Y TAMIZAJE DE MAMA | SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE CONTROLES Y CONSULTAS PERTINENTES PARA DIAGNOSTICAR ENFERMEDADES A TIEMPO TAMBIEN SE BRINDA INFORMACIÓN SOBRE LOS SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES O PLAGAS. SE REALIZA EDUCACIÓN SOBRE LA REALIZACIÓN DE AUTOEXAMEN DE MAMA Y SE REALIZA REMISION PARA CONSULTA CON MEDICINA GENERAL | ✖ M B | A M B | A M B |
| 2 | EDY MILGEN PINO / 49 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN CITOLOGIA | SE BRINDA EDUCACIÓN SOBRE LA RELEVANCIA QUE TIENE LA INTEGRACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PARTE DEL PROGRAMA DE ADULTEZ Y 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 | ✖ 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