INFORME 1 PIC DEPARTAMENTAL BALBOA RISARALDA 2024

OBLIGACION 1
CARACTERIZACION
APS
ZONA RURAL
TRES ESQUINAS

FOLIO XIII

FECHA DE CARACTERIZACION 16 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			U. tres esquinas	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	marili Alejandra			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.962975	LONGITUD	-75.9617305
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	612	FAMILIA	1	COHORTE	A
FECHA VISITA	16-07-24				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	3				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	U. tres esquinas
TELEFONO	3113906544
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)
Alex		Soto	Franco	M	48	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

3. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

No.	IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIEMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
	tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI/N o				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
1	CC	1049935	Angie	Paola	Velez	Zapata	F	9/02/95	29	3	1	2	2	SI	11	4		NO	1	SURA	0	NO	2	NO	2	NO	NO	0
2	TI	1049888	Dilan		Soto	Velez	M	11/04/2014	10	3	0	3	1	SI	4	3		NO	1	SURA	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

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

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

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

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

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

ETNIAS
0. No aplica
1. Indígena
2. ROM(GITANO)
3. Raizal (Archipiélago San Andrés y Providencia)
4. 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 [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 [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 [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

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 [1]
- 2. Positivos [1]
- 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 [SI]

CIELO RASO ADECUADO?
- SI/NO [SI]

Estado del techo
- bueno [X]
- malo

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

Grietas en paredes SI/NO

ESTADO DE LA COCINA
- 1. Presencia humo de leña
- 2. Cocina aislada de los dormitorios [X]
- 3. Cocina aislada del sanitario [X]
- 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 [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 [X]
- Alcantarillado [NO]
- Teléfono
- Acueducto [X]

OTROS DATOS ADICIONALES

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

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA
- Detergente
- Pólvora
- Agroindustrial
- Gasolina o inflamable
- Plaguicidas
- 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	2		2	2	0	0	0		NO
GATOS	0	1	1	1	0	1			Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	0	PORCINOS	0	0			NO
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 intimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se asea 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otra grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o mantiene con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Angie Paola	NO	NO	0	0	0	0	0	NO	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso espacios comunitarios por parte de los niños	Consideré en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consideré en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consideré en el último mes buscar atención psicologica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Caseta comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Oración	4. Veeduría	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Angie Paola	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	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
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 odontologica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT acelular	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1. HTA Crónica	2.Diabete	3.Preeclampsia	4.Gestacion multiple	5.Otros		Fecha última mestruación	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 el	Tensión arterial	Movimiento fetales

Tipo de sangre	ANTECEDENTES 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	Serología	PTA-AB	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Micronutrientes			Por qué no los toma?	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 la gestante empieza a sentir)	Sensación de luces o pitos, dolor en la boca del estomago	Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies	Dolor de cabeza persistente		Control Prenatal	Curso Psicoprofilactico	Salud Bucal	Vacunación	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 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 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 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	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátano	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta	4.Carne, huevos, leguminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces
	Dilan	42	140		NO	NO	SI	SI	NO	0	SI	4	NO	SI	SI	NO	6	SI	SI	SI	SI	SI	

EXPERIMENTACION			Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desarrollo en el último año	Prácticas clave lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Control CyD	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														CyD	Programa Salud Bucal	Otro / Cual	Observaciones
NO	NO	NO	SI	NO	SI	2	1	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	1	NO	NO	NO	
			1 Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro								1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada				

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

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI NO)

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

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

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

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

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

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

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

Version 13.
30042024

12. JUVENTUD - 18 A 28

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

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.(1-1-5)						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabeta	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátano	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta	4.Carne, huevo, 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 programa control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de automá		Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica									
	Angie	SI	NA	SI	79.2	161		NO	SI	NO	NO	NO	100	85	100	112		NO	SI	NO	pastas	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.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 x	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
NO	NO	NO	NO	NO		NO	NO	NO	NO		SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	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 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 campo se calcula de manera automática)		Licor	N° Cigarrillos/día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								

Autoexamen mamario	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 legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos y legumbres	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones

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

Version 13.
30042024

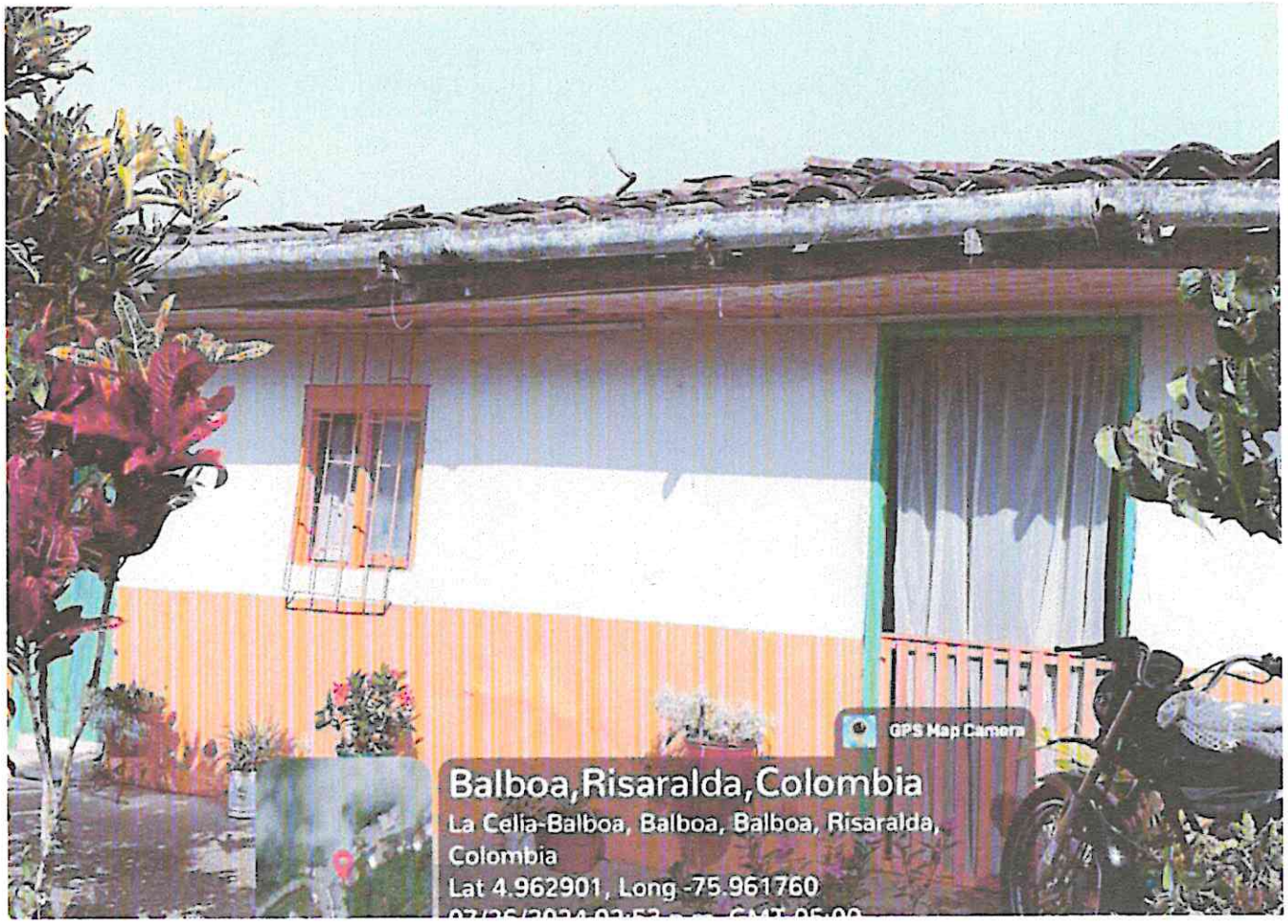
15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

1	ETA	
2	IRA	
3	EDA	
4	TUBERCULOSIS O LEPRA	
5	MALARIA	
6	DIABETES MILLITUS	
7	CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS	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	NO
6	CANCER	
7	VIH	
8	TUBERCULOSIS O LEPRA	
9	ENFERMEDAD PROFESIONAL	
10	ACCIDENTE LABORAL	
11	OTRO / CUAL	


GPS Map Camera
Balboa,Risaralda,Colombia
La Celia-Balboa, Balboa, Balboa, Risaralda, Colombia
Lat 4.962901, Long -75.961760

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 TRES ESQUINAS	Dirección TRES ESQUINAS	Ficha familiar No. 612

V1	DIA	MES	AÑO	V2	DIA	MES	AÑO	V3	DIA	MES	AÑO
	16	7	2024								

Responsable 1: BRENDA CARDENAS Responsable 2: MARLLY ECHEVERRY	Responsable 1: Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar: JOSE ALEXANDER SOTO FRANCO	Nombre de quién recibe la visita: ANGUIE PAOLA VELEZ ZAPATA	N° telefono contacto :3113906544

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, AMBIENTE FISICO: VIVIENDA EN INADECUADAS CONDICIONES PISO EN CEMENTO,CASA EN ESTERILLA,PUERTAS METALICAS, SE BRINDA EDUCACION SEGUN HALLASGOS , SE REMITE USUARIO SEGUN CURSO DE VIDA AL MEDICO GENERAL,, PSICOLOGIA,PLANEACION Y SALUD BUCAL.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	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	DILAN SOTO VELEZ 10 AÑOS DE EDAD SIN TAMIZAJE VISUAL POR CICLO DE VIDA ADULTEZ	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA AGUDEZA VISUAL EN ESTE CICLO DE VIDA 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	ANGIE VELEZ DE 29 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

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.			U. tres esquinas	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	marlli Alejandra			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.963076	LONGITUD	-75.961138
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	426	FAMILIA	1	COHORTE	A
FECHA VISITA	16-07-24				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	5				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO: No tiene.
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	U. tres esquinas
TELEFONO	3148705754
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)
Jhon	Fredy	Acevedo	Gutierrez	M	33.	

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	No. Meses
																						SI/NO	origen	tipo	SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	
1	CC	4459728	Abelardo	I	Acevedo	motato	M	02/10/51	67	3	1	1	0	SI	0	1	0	NO	1	Salud	0	NO	NO	NO	NO	NO		
2	CC	25034391	Blanca	Nelly	Gutierrez	Guevara	F	23/06/51	73	3	1	2	0	NO	0	4	0	NO	1	Salud	0	NO	NO	NO	NO	NO		
3	CC	4378516	Rubiel	de Jesus	Gutierrez	Guevara	M	12/05/1950	74	3	0	13	0	NO	0	0	0	NO	1.	No	0	NO	7	5	NO	NO		
4	CC	1004793533	Olmer	Hernando	Acevedo	Gutierrez	M	17/08/87	37	3	5	3																
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	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	Y
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	Y
3.No Aplica	

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

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

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

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	Y
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	
2. Tapia pisada, adobe	
3. Bahareque	
4. Material prefabricado	
5. Madera burda, Tabla, Tablón	X
6. Guadua, Caña, Esterilla, Otro vegetal	
7 .Zinc, tela, Cartón, Latas, Deshechos, Plásticos	
8. Sin Paredes	
Grietas en paredes SI/NO	

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

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

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	
2.Costal o Estopa	
3.Canecas Con tapa	Y
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	✓
3.Reciclados	
Separado de la Fuente	

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	0	Nombre de la actividad	

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA			
Detergente		Gasolina o inflamable	
Pólvora		Plaguicidas	
Agroindustrial		Adecuado	

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

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
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	1	0	1	1	0	0	6		SI
GATOS	0	2	2	2	0	6			Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	8	PORCINOS	0				20
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 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, 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: 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	Abelardo	NO	0	0	0	0	0	0		
2	Blanca	NO	0	0	0	0	0	0		
3	Rubiel	NO	0	0	0	0	0	0		
4	Olmer	NO	0	0	0	0	0	0		
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. Ecológica	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1		NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
2		NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
3		NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
4		NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaria de Salud		Otro / Cuál?	Pertenecen al programa

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

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

Micronutrientes			Por qué no los toma?	Síntomas de alarma					Presencia de síntomas de alarma	Remitir a						
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de liquido vaginal (sangrado o liquido amniotico)	Disminución de movimientos fetales (despues de que los empiece a sentir)	Sensación de luces o pitos, dolor en la boca del 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 guarderia o escuela?	Consulta odontológica en los últimos 6 meses	Lleva a sus hijos a actividades laborales	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo para la edad	Remitir a			
							CYD.	PROGRAMA PAI	OTRO CUAL	OBSERVACIONES

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

10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce prácticas claves AIEPI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor últimos 6 meses	Control de placa últimos 6 meses	Presencia de maltrato	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátano	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y 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			
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 do 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 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.Colestrol	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 programa control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)		Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Comida chatarra	Bietólica	Dietólica									
	Omer	NO			70.	171		0	SI	20	0	0	130	70	89	96		NO	SI	NO	NO	NO	NA

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.Otra	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátano	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto x	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	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 programas control del adulto	Examen de prostata en los ultimos 2 años	Citologia vagina l	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perimetro abdominal	Perimetro 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 manera automatica)		Licor	N° Cigarrillos Al dia	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								
	Abeluido	SI	SI		60.5	160		0	NO	NO	NO	NO	130	90.	98	102.		NO	NO	NA	NA	NA
	Rubiel	SI			57	168		0	NO	NO	NO	NO	125	85.	88	93		NO	NO	NA	NA	NA
	Blanca	SI			54.8	150		0	NO	NO	NO	NO	110	50	91	99		NO	NO	NA	NA	NA

Autoexamen mamario	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.Carnes rojas, tubérculos y	2.Hortalizas y legumi nosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos legumi nosas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamiza je Visual	Ciclo pia	Ruta de promo y mantenimiento	Observaciones
NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	
NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	
NA	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	

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

Version 13.
30042024

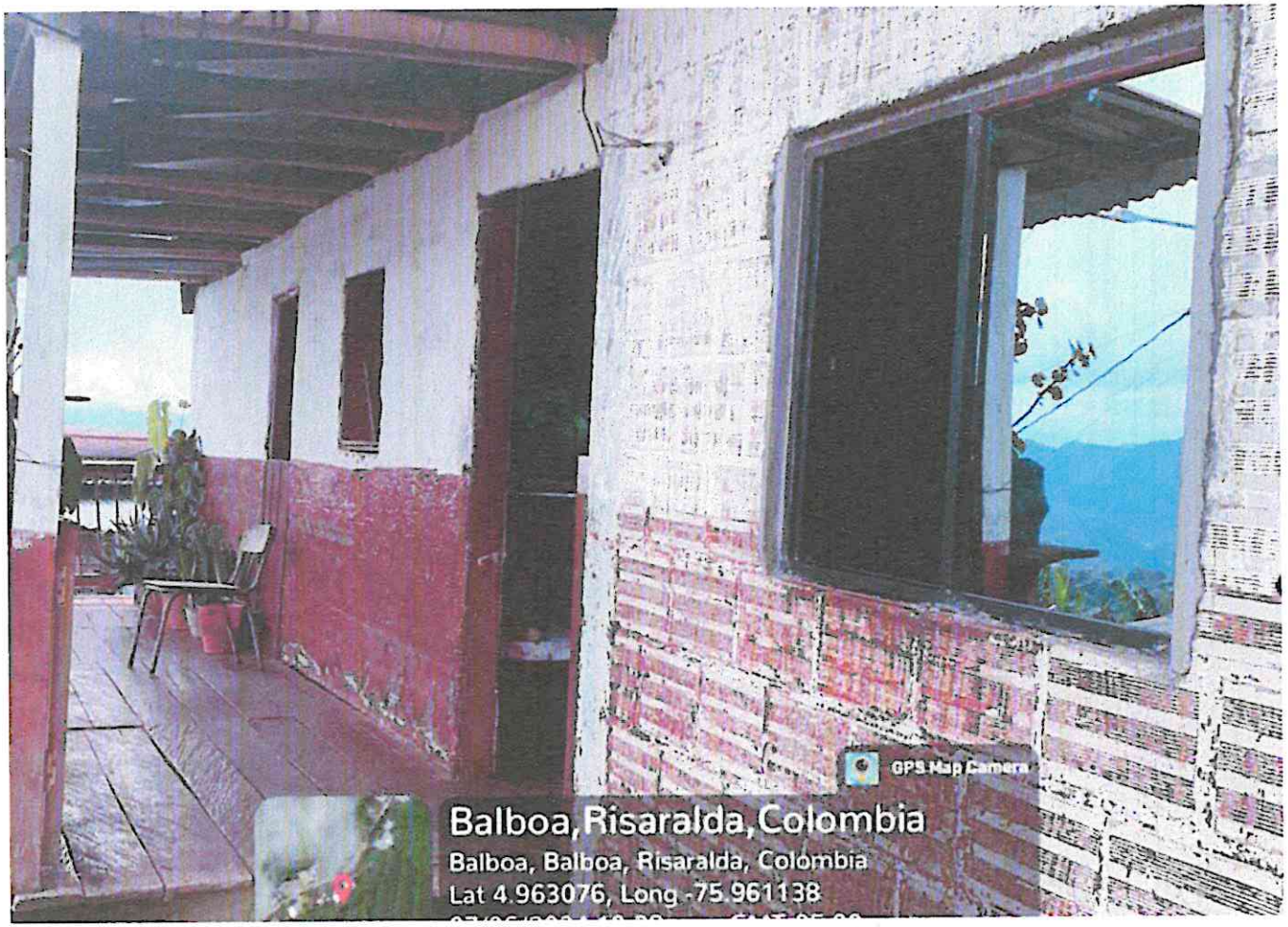
15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

1	ETA	☐
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 4.963076, Long -75.961138

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2	BLANCA LEYI GUTIERREZ 73 AÑOS SIN TAMIZAJE VISUAL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA AGUDEZA VISUAL EN ESTE CICLO DE VIDA ADULTEZ YA QUE UN METODO DE DETECCION TEMPRANA PARA POSIBLES COMPLICACIONES VISUALES, SE REALIZA REMISION DEA MEDICINA GENERAL PARA REALIZAR EL TAMIZAJE VISUAL.	✖ A M B	A M B	A M B
3	OLMER ACEVEDO DE 37 AÑOS SIN TAMIZAJE VISUAL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA AGUDEZA VISUAL EN ESTE CICLO DE VIDA ADULTEZ YA QUE UN METODO DE DETECCION TEMPRANA PARA POSIBLES COMPLICACIONES VISUALES, SE REALIZA REMISION DEA MEDICINA GENERAL PARA REALIZAR EL TAMIZAJE VISUAL.	✖ A M B	A M B	A M B
4	OLMER ACEVEDO DE 37 AÑOS SIN CONTROL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE ASISTIR AL CONTROL CON MEDICO GENERAL CON EL FIN DE PREVENIR COMPLICACIONES EN SALUD SE REMITE A MEDICO GENERAL	✖ A M B	A M B	A M B
5	ABELARDO ACEVEDO 67 AÑOS 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, SE REALIZA REMISION DEA MEDICINA GENERAL PARA REALIZAR EL TAMIZAJE VISUAL.	✖ A M B	A M B	A M B
6	ABELARDO ACEVEDO 67 AÑOS DE EDAD QUIEN POR CURSO DE VIDA NO A ASISTIDO AL PROGRAMA DE ODONTOLOGIA	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CEPILLADO DIARIO, LA FORMA CORRECTA DE CEPILLARSE Y LA IMPORTANCIA DE ASISTIR A ODONTOLOGIA PARA E CUIDADO DENTAL, SE REMITE AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA PARA REALIZAR CONTROL ODONTOLOGICO DE PRIMERA VEZ Y CONTROL DE PLACA.	✖ A M B	A M B	A M B
7	RUBIEL GUTIERREZ 74 AÑOS DE EDAD SIN TAMIZAJE VISUAL POR CICLO DE VIDA ADULTEZ	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA AGUDEZA VISUAL EN ESTE CICLO DE VIDA ADULTEZ YA QUE UN METODO DE DETECCION TEMPRANA PARA POSIBLES COMPLICACIONES VISUALES, SE REALIZA REMISION DEA MEDICINA GENERAL PARA REALIZAR EL TAMIZAJE VISUAL.	✖ A M B	A M B	A M B
8	RUBIEL GUTIERREZ 74 AÑOS DE EDAD SIN ODONTOLOGIA	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CEPILLADO DIARIO, LA FORMA CORRECTA DE CEPILLARSE Y 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
9	RUBIEL GUTIERREZ 74 AÑOS DE EDAD QUIEN POR CICLO DE VIDA NO SE HA REALIZADO TAMIZAJE DE CANCER DE COLON	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL TAMIZAJE DE CANCER DE COLON PARA LA DETECCION TEMPRANA DE CANCERES TAMBIEN LA IDENTIFICACION DE POLIPOS ANTES DE QUE SE CONVIERTAN EN CANCER POR LO TANTO SE REMITE AL MEDICO GENERAL PARA TAMIZAJE DE CANCER DE COLON.	✖ A M B	A M B	A M B
10			A M B	A M B	A M B

DILIGENCIADO POR: BRENDA CARDENAS
Nombre y Apellidos
Profesión: ENFERMERA

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

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

Version 13.
30042024

1. IDENTIFICACION

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA				tres esquinas	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	marlli alejandra			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.962668	LONGITUD	-75.961831
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	427	FAMILIA	1	COHORTE	A
FECHA VISITA	16-07-24				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	V. tres esquinas.
TELEFONO	3148652688
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)
Hernando		Montoya	Arbelaez	M	65.	

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 NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
	tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO NA	SI/NO	No. Meses
1	CC	24511216	maria	adiela	Alvarez	londoño	F	28/01/1961	63	3	2	2	1	51	5	4	0	NO	2	N. EPS	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

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

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

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

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

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

ETNIAS
0. No aplica
1. 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 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 [Y]
- 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 [X]
- 2.Pozo con Bomba
- 3.Pozo sin Bomba, Jagey
- 4.Agua Lluvia
- 5.Rio, quebrada, manantial, nacimiento
- 6.Pila Publica
- 7.Carro tanque
- 8.Aguatero
- 9.Donación

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

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

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

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

RESERVORIOS DE AGUA
- 1. Cuantos [1]
- 2. Positivos [0]
- 3. Tanque bajo [1]
- 4. Tanque cubierto [0]
- 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
- 4. Asbesto [X]

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

Estado del techo
- bueno [SI]
- malo

MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES
- 1. Bloque, Ladrillo, Madera [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 [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 [Y]
- 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
- 3.Reciclados

Separado de la Fuente [SI]

LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE

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

OTROS DATOS ADICIONALES

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

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA

Detergente		Gasolina o inflamable	
Pólvora		Plaguicidas	
Agroindustrial		Adecuado	X

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

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

Version 13.
30042024

5. ANIMALES

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

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

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen en la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se 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	Adiela	NO	NO	0	0	0	0	0	NO	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

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

Tipo de familia	Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud		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 auditar	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1. HTA Crónica	2.Diabetes	3.Precampsia	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 calcula automatico amente al guardar el	Tensión arterial	Movimientos fetales

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

Micronutrientes			Por qué no los toma?	Síntomas de alarma					Presencia de síntomas de alarma	Remitir a							
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de liquido vaginal (semigrado o liquido amniotico)	Disminución de movimientos fetales (después de que la empiece a sentir)	Sensacion 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 C y D	Número de veces que limpia la encia de su bebe al dia	Cuidado niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL					

Tiempo en meses

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

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

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

Version 13.
30042024

10. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce prácticas claves 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 (Kg)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raices, tuberculos y platano	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Fruta	4.Carne, huevos, legumbres secas y	5.Lacteos	6.Otras ricas en azucares y grasas dulces

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

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

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de Horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al 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 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
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.(1-4-6)						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 comunidad adulto	Examen de próstata los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de automá		Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica									

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

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

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 mayor	Examen de próstata los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo
					PESO (KGs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)		Licor	N° Cigarrillos/Al día	BPA	Consumo cigarrillo	Sistólica	Diastólica								
1	Adiela	NO	NA		71.9	153		NO	NO	NO	NO	NO	110	85.	93	118.		NO	SI	NA	NA	NA

Autoexamen mama de seno	Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta	4.Carne, huevos, leguminosas	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Salud Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NA	SI	SI	NO	

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

Version 13.
30042024

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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


GPS Map Camera
Balboa, Risaralda, Colombia
La Celia-Balboa, Balboa, Balboa, Risaralda, Colombia
Lat 4.962759, Long -75.961855

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 TRES ESQUINAS	Dirección TRES ESQUINAS	Ficha familiar No. 427

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	16	7	2024	V2				V3			

Responsable 1: BRENDA CARDENAS Responsable 2:MARLLY ECHEVERRY	Responsable 1: Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar: HERNANDO MONTOYA ARBELAEZ	Nombre de quién recibe la visita:ADIELA ALVAREZ LONDOÑO	N° telefono contacto :3148652688

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN ADECUADAS CONDICIONES CON PAREDES EN ADOBE, PUERTAS METALICAS Y PISO EN BALDOSA 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 ROEDORES (RATONES)	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LAS ENFERMEDADES QUE TRANSMITEN LOS RATONES COMO LEPTOESPIROSIS,TIFU MURINO,SALMONELOSIS ENTRE OTRAS POR LO QUE SE EXPLICA LA IMPORTANCIA DE NO DEJAR ALIMENTOS DESTAPADOS,LAVAR TODOS LOS ALIMENTOS ANTES DE SER CONSUMIDOS, EL CONSTANTE LAVADO DE MANOS Y LIMPIEZA DEL HOGAR PARA EVITAR ESTE TIPO DE ENFERMEDADES, SE REMITE AL TECNICO DE SANEAMIENTO AMBIENTAL PARA REALIZAR FUMIGACION EN EL HOGAR	A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	ADIELA ALVAREZ DE 63 AÑOS SIN CITOLOGIA CONVENCIONAL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA CITOLOGIA CONVENCIONAL PARA DETECTAR DE MANERA TEMPRANA ENFERMEDADES COMO:CANDIDIASIS,CANDILOMAS,VPH O CA DE CERVIX SE REMITE AL PROGRAMA DE ENFERMERIA PARA CITOLOGIA CONVENCIONAL	A M B	A M B	A M B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2	ADIELA ALVAREZ DE 63 AÑOS SIN CONTROL CON MEDICO GENERAL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIADE ASISTIR AL MEDICO GENERAL PARA CONTROL DEL ADULTO MAYOR EN CICLO DE VIDA VEJEZ PARA PREVENCION DE PATOLOGIAS O DETECCION DE RIESGO, EXAMENES DE LABORATORIO,TAMIZAJE RCV POR LO QUE SE REMITE A MEDICO GENERAL	✖ A M B	A M B	A M B
3	ADIELA ALVAREZ DE 63 AÑOS SIN TAMIZAJE VISUAL	SE BRINDA INFORMACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA REVICION DE LOS OJOS PARA DETECTAR MIOPIA,ASTICMATISMO,INFECCIONE.ETC SE REMKTE A MEDICO GENERAL PARA TAMIZAJE VISUAL	A M B	A M B	A M B

DILIGENCIADO POR: BRENDA CARDENAS
Nombre y Apellidos
Profesión: ENFERMERA

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

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

Version 13.
30042024

1. IDENTIFICACION

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Balboa			V. tres esquinas	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Maria Alejandra			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.963144	LONGITUD	-75.961413
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	927	FAMILIA	1	COHORTE	A
FECHA VISITA	16-07-24				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	V tres esquinas
TELEFONO	3133733 1002
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/N o				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado SI/NO		SI/NO	No. Meses
1	CC	30-373-688	Angela	maria	Giraldo	Giraldo	F	03-12-1978	46	3	2	2	2	SI	11	4	0	NO	2	2 EPS	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2	CC	15-956-639	CESAR	JULIO	Noreña	Tobón	M	07-06-1961	63	3	2	1	2	SI	11	1	0	NO	2	EPS	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
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 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	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	X
2.Pozo con Bomba	
3.Pozo sin Bomba, Jagey	
4.Agua Lluvia	
5.Rio, quebrada, manantial, nacimiento	
6.Pila Publica	
7.Carro tanque	
8.Aguatero	
9.Donación	

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

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

UBICACIÓN SANITARIO	
1.Dentro	X
2.Fuera	
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	0
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	NO

ESTADO DE LA COCINA	
1. Presencia humo de leña	
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 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	0	Nombre de la actividad	

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA			
Detergente		Gasolina o inflamable	
Pólvora		Plaguicidas	
Agroindustrial		Adecuado	

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

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

Version 13.
30042024

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedores SI/NO
PERROS	0	0	0	0	0	0	0		NO
GATOS	0	0	0	0	0	0			Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	0	PORCINOS	0				NO
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	Angela maria	NO	NO	0	0	0	0	0		
2	Julio Cesar.	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	Consideré en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consideré en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consideré en el último mes buscar atención psicologica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Caseta comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Oración	4. Veeduría	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Angela	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
2	Cesar	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	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			5 - Ninguno	5

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

1. Ampliado de Inmunizaciones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Bucal.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Crónicas.
8. DLS o 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 psicoprofilaxis	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT materna	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabete	3.Preclampsia	4.Gestación multiple	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable de parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo se calculado automáticamente al guardar el	Tensión arterial	Movimientos fetales

Tipo de sangre	ANTECEDESTES OBSTETRICOS									Antecedente embarazo anterior (último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Riesgo biológico	Intervalo intergenésico	Historia Gestacional					Estado actual de los hijos		Diabetes Gestacional	Hipertensión materna	Hemorragias	Ruptura prematura de membranes	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 algunos de alarma	Remitir a						
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de liquido vaginal (sangrado o liquido amniotico)	Disminución de movimientos fetales (despues de que los empieza a sentir)	Sensación de fiebre 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	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 SOCIAL					

Tiempo en meses

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

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

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

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.(1-1-1-1)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)	MOTRICIDAD GRUESA Y	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

Version 13.
30042024

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visuel 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 organización es del barrio o la escuela	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de automá													

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

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

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al 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.Hipertension	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.Fruta	4.Carne, huevos, leguminosas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Rural	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 comunidad adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automá		Licor	Nº Cigarrillos día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica									
	Angela	SI		SI	58.4	144		3	NO	NO	NO	NO	110	85	80	95		NO	SI	Opto	NO	NA	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 legumi nosas verdes	3.Frutas	4.Cerdos, huevos legumi nosas secos y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto x	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	

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

Version 13.
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistencia programa control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Indice cintura cadera	Semáforo 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/Al día	BPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								
	Cesar.	51	51	20	78.8	157		0	20	20	20	20	125	85	99	102		20	51	20	20	20

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.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Sexual	Planificación Familiar	Tamiza je Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
2A	2A	20	51	20			20	51	20	20	20	51	V.	51	51	51	51	20	51	20	51	20	20	

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

Version 13.
30042024

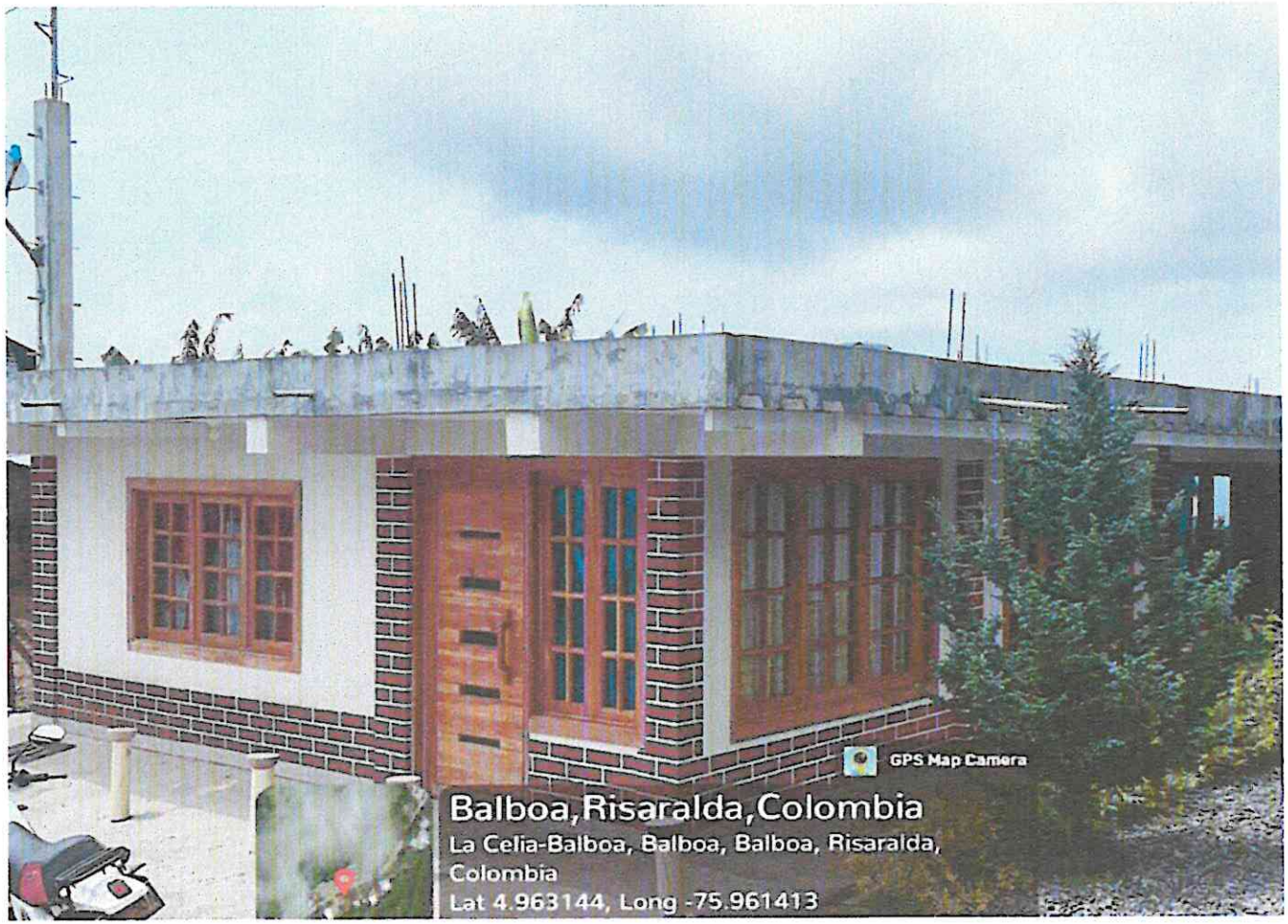
15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

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
La Celia-Balboa, Balboa, Balboa, Risaralda, Colombia
Lat 4.963144, Long -75.961413

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 TRES ESQUINAS	Dirección TRES ESQUINAS	Ficha familiar No. 927

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	16	7	2024	V2				V3			
Responsable 1: BRENDA CARDENAS Responsable 2:MARLLY ECHEVERRY				Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			

Nombre del Jefe del Hogar: CESAR JULIO NORENA	Nombre de quién recibe la visita:ANGELA MARIA GIRALDO	N° telefono contacto :3137331002

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN ADECUADAS CONDICIONES,PAREDES EN ADOBE, PUERTAS EN MADERA PISO EN BALDOSA 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	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	SE BRINDA EDUCACION SOBRE HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES YA QUE LA PREJA ESTA EN SOBRE PESO POR LO TANTO SE EDUCA LO SOBRE DISMINUIR GRASA,AZUCARES Y SAL DE LA ALIMENTACION TAMBIEN SOBRE EL CONSUMO DE AGUA FRECUENTEMENTE Y EJERCICIO MINIMO 30 MINUTOS DIARIOS	A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	ANGELA MARIA GIRALDO 46 AÑOS 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	CESAR JULIO NOREÑA 63 AÑOS SIN ODONTOLOGIA	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CEPILLADO DIARIO 3 VECES AL DIA O LAS VECES QUE LA PERSONA COMA, LA FORMA CORRECTA DE CEPILLARSE, EL USO DE CEDA DENTAL Y LA LA IMPORTANCIA DE ASISTIR A ODONTOLOGIA PARA EL CUIDADO DE LOS DIENTES, SE REMITE AL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA PARA REALIZAR CONTROL ODONTOLOGICO DE PRIMERA VEZ Y CONTROL DE PLACA.	✖ A M B	A M B	A M B
3	CESAR JULIO NOREÑA 63 AÑOS DE EDAD SIN TAMIZAJE VISUAL POR CICLO DE VIDA ADULTEZ	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA AGUDEZA VISUAL EN ESTE CICLO DE VIDA ADULTEZ YA QUE UN METODO DE DETECCION TEMPRANA PARA POSIBLES COMPLICACIONES VISUALES, SE REALIZA REMISION DEA MEDICINA GENERAL PARA REALIZAR EL TAMIZAJE VISUAL.	✖ A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

DILIGENCIADO

POR: BRENDA CARDENAS
Nombre y Apellidos
Profesión: ENFERMERA

ACOMPAÑADO

POR: MARLLY 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

falta fachada / plan cuidado.

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

Version 13.
30042024

1. IDENTIFICACION

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Balboa	R		V. Tres esquinas	Pradera

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Jesus Antonio Hernandez C			
GEOREFENCIACION	LATITUD	?	LONGITUD	
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA

VIVIENDA	681	FAMILIA	1	COHORTE	A

FECHA VISITA	16-07-24
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	-1 SMLV
No. De Personas de la Familia	

DATOS SISBEN

FICHA	26-07-2024
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	
TELEFONO	310.5469953
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)
Duez	Jedial	Villegas	Bueno	M	8C	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

3. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

No.	IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIEMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
	tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				SI/N o				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
1	cc	29285468	Rubiela	— o	Valencia	Villegas	F	07-05-51	73	3	2	2	1	S	5	4	0	N	1	05		N	N	.	N	N		
2	a	42023508	Flor	Edid	Villegas	Valencia	F	10-08-57	66	3	3	3	2	S	6	4	0	N	1	03		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 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 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 X
4.Hervida X
5.Clarificación
6.Asoleo

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

MATERIAL PREDOMINANTE EN PISO
1. Alfombra o Tapete
2. Mármol, Parque, Madera pulida, Baldosa, Vinilo, Mineral, Tableta o ladrillo 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 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 X
4. Material prefabricado
5. Madera burda, Tabla, Tablón ,
6. Guadua, Caña, Esterilla, Otro vegetal
7 .Zinc, tela, Cartón, Latas, Deshechos, Plásticos
8. Sin Paredes

Grietas en paredes SI/NO

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

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 baldío
5.La tiran al rio, caño, quebrada, laguna
6.La eliminan de otra forma

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

Separado de la Fuente

LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE
Energía eléctrica 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 X
Pólvora
Agroindustrial
Gasolina o inflamable
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	0	0	0	0	0	0	0		NO
GATOS	0	2	5	5	0	2	0		Caracol africano SI/NO
EQUINOS		AVES		PORCINOS					SI
OTROS		CUALES:							

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

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen en la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se asea 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otra grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o mantiene con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Jesubiela	N	S	S	N	N	N	N	Si	
2	Flor	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	Rubiel	N	N	N	N	N	S	N	S	S	N	S	S		N	N	N	N	N	U	
2	FIO	U	N	N	N	U	S	U	S	S	N	S	S		N	N	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
4	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 psicoprofiláctico	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT acelular	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preeclampsia	4.Gestación multiple	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo se calculará automáticamente al guardar el	Tensión arterial	Movimiento de 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		Distocias gestacional	Hipertensión inducida	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Sufrimiento fetal	Muerte neonatal	R.C.I.U.	Fecha último parto	Tipo parto	Serología	FTA-AB	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Micronutrientes			Por qué no los toma?	Síntomas de alarma					Presencia de síntomas de alarma	Remitir a							
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de liquido vaginal (sangrado o liquido amniotico)	Disminución de movimientos fetales (despues de que los empiece a sentir)	Sensación de fiebre con 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 día	Cuidado niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOSCIAL					

Tiempo en meses

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

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

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

Version 13.
30042024

10. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				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 (Este campo se calcula de manera automática)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										1.Cereales, raices, tuberos y platano	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta	4.Carnes, huevos, leguminosas 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	Practicas clave lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Control CyD	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														CyD	Programa Salud Bucal	Otro / Cual	Observaciones

1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca

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

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

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

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y 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	Citologia vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de automát										Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra

1. Si 2.No 3.No aplica

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

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

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

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

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas control del adulto	Examen de prostata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perimetro abdominal	Perimetro de cadera	Índice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automá		Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica									
	JAIR	S	S	S	73	1.60			N	N	N	N	110	80	89	105		N	S	S	S	ND	S

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, raices, tuberos y platanos	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	Tamiza je Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
S	S	S	N	N	N	P-	S	N	N	N	S	S	S	S	S	S	N	N	N	S	S	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 testículo
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)		Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								
	Rodrigo CT	SI	NO	ND	52.3	1.46			NO	NO	NO	NO	130	80	91	99		NO	SI	SI	ND	ND

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

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_ Rubiela tres E

3	RUBIELA VALENCIA DE VILLEGAS/ 73 AÑOS DE EDAD, EN VEJEZ/ 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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	FLOR EDID VILLEGAS VALENCIA/ 56 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
2	FLOR EDID VILLEGAS VALENCIA/ 56 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
3	FLOR EDID VILLEGAS VALENCIA/ 56 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN TAMIZAJE DE 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

DILIGENCIADO

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

ACOMPAÑADO

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

- Falta Factura
- Plan de cuidado.

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

Version 13.
30042024

1. IDENTIFICACION

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Balboa	R		V. Tres esquinas	F - el aguacate

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Jesus Antonio Hernandez			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.9630334	LONGITUD	-75.9615 23
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	395	FAMILIA	1	COHORTE	A
FECHA VISITA	16-07-24				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV					
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	
TELEFONO	312 8821908
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	tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
1	CC	14160073	LUIS		pacheco	gaviria	M	26-06-63	61	A	2	1	1	S	3	1	0	N	1	SURA	0	0	N		N	N	N	
2	CC	28698673	14160073		VARGAS		F	09-08-73	50	A	2	2	2	S	6	4	0	N	1	SURA	0	0	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
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 [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 [X]
2.Pozo con Bomba
3.Pozo sin Bomba, Jagey
4.Agua Lluvia
5.Rio, quebrada, manantial, nacimiento
6.Pila Publica
7.Carro tanque
8.Aguatero
9.Donación

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

RIESGO DE VIVIENDA
1. Vivienda con riesgo de deslizamiento NO
2. Vivienda con riesgo de inundación NO
3. Vivienda con riesgo de colapso NO
4. Número de personas por habitación 5

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 2
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 [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 [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 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 NO

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA

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

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA

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

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

Version 13.
30042024

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedores SI/NO
PERROS	1	0	1	1	0	0	0		NO
GATOS	0	0	0	0	0	0	0		Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	25	PORCINOS	0				SI
OTROS	0	CUALES:	gallinas						

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

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen en la boca o tocan sus partes intimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se asea 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otra grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o mantiene con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Luis	N	N	N	N	N	N	N		
2	Diógenes	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 estruetura 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	Luis	N	S	S	N	S	S	N	N	N	N	N	N		N	S	N	N	N		
2	Alejandra	N	S	S	N	S	S	N	N	N	N	N	N		N	S	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
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 psicoprofilácti co	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT acelular	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preeclampsia	4.Gestación multiple	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo se calculado automáticamente al guardar el	Tensión arterial	Movimientos fetales

Tipo de sangre	ANTECEDESTES OBSTETRICOS										Antecedente embarazo anterior (último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Riesgo biológico	Intervalo intergenésico	Historia Gestacional					Estado actual de los hijos			Diabetes gestacional	Hipertensión materna	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Sufrimiento fetal	Muerte neonatal	R.C.I.U.	Fecha último parto	Tipo parto	Berologia	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 (después de que los empiece a sentir)	Sensación de fiebre o pitos, dolor de cabeza o mareo	Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies	Dolor de cabeza persistente		Control Prenatal	Curso Psicoprofilactico	Salud Bucal	Vacunación	Citologia	Planificación	Observaciones

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

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

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

Tiempo en meses

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

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

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

Version 13.
30042024

10. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce prácticas claves AIPEI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor últimos 6 meses	Control de placa últimos 6 meses	Presencia de maltrato	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-1-1)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de automá	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										1.Cereales, raices, tubérculos y platano	2.Monteriza y leguminosas verdes	3.Fruta s	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	Desarrollo en el último año	Prácticas claves lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompañan a sus padres en actividades de tipo laboral	Control CyD	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														CyD	Programa Salud Bucal	Otro / Cual	Observaciones
				1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca			1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro								1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada					

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

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 organización es del barrio o la escuela	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de automá													

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

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

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

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

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

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

Version 13.
30042024

12. JUVENTUD - 18 A 28

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

1. Si 2.No 3.No aplica

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

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

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

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

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmhg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de automá		Licor	Nº Cigarrillos al día	SPA	Comida chatarra	Bistólica	Distólica									
	Alcun	NO	NO	NO	89	158		NO	N	N	N	N	120	80	104	123	—	N	N	N	N	NO	NO

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

Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, lacteos descremados	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto x	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Rutas de promoción y mantenimiento	Observaciones
NO	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	SI	SI	NO	NO	SI	SII	NO

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

Version 13.
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	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 manera automática)		Licor	N° Cigarrillos/Al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								
1	LUIS	SI	NO	SI	81	179		1	NO	NO	NO	NO	125	80	101	110		SI	NO	NO	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.Cáncer	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carne, huevos, leguminosas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	

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

Version 13.
30042024

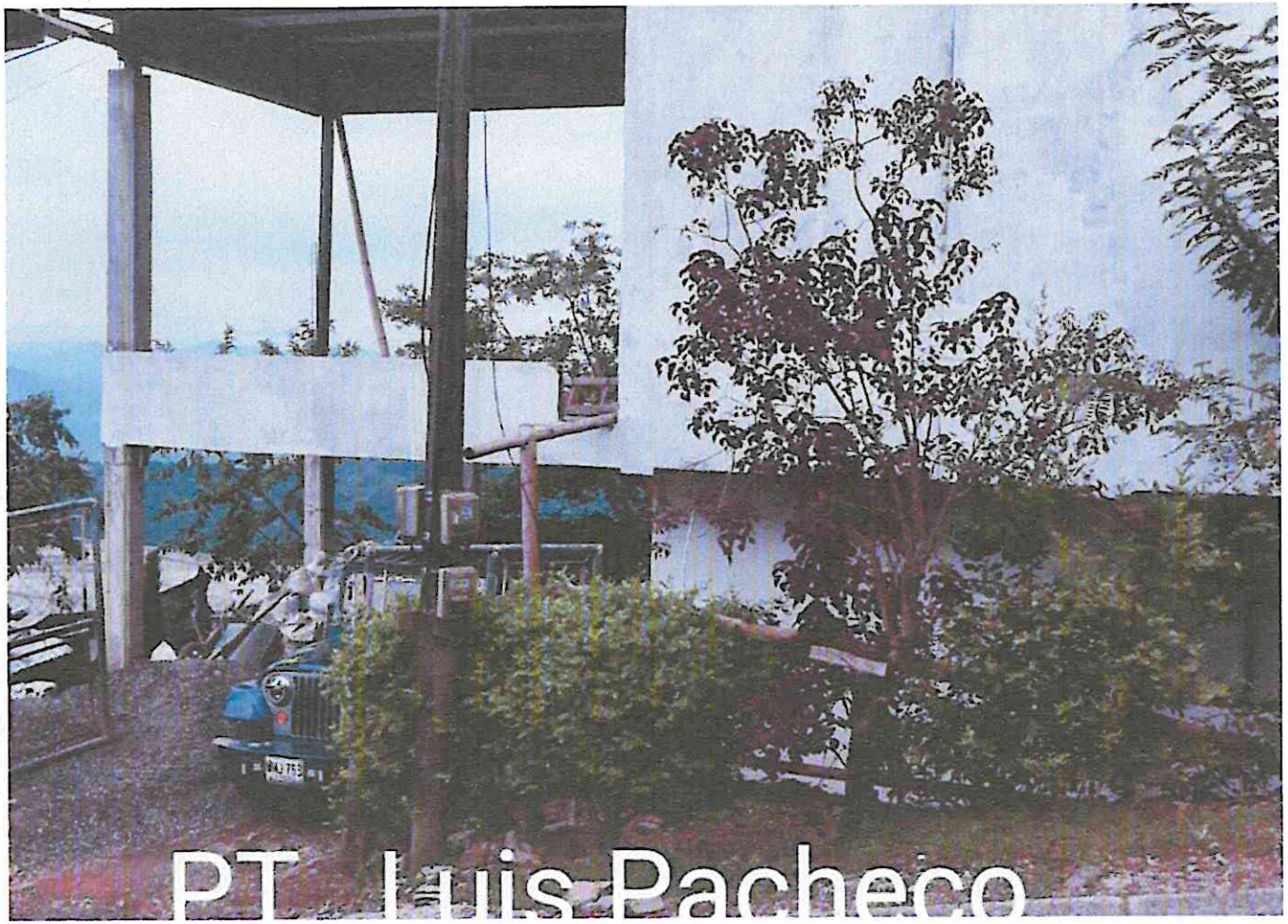
15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

1	ETA	NO
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	NO
13	TRASTORNO MENTAL Y/O DEL COMPORTAMIENTO	

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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


PT Luis Pacheco

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. 395

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	16	7	2024	V2				V3			
Responsable 1: JESSICA TATIANA MOSQUERA ESPINOSA Responsable 2: JESUS ANTONIO HERNANDEZ CASTRILLON				Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			

Nombre del Jefe del Hogar: LUIS PACHECO MEDINA	Nombre de quién recibe la visita: ALBA NORY VARGAS	N° telefono contacto: 3214072503

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN CONDICIONES QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN PARA LLEGAR A SER PROPICIAS 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
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

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	ALBA NORY VARGAS/ 50 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN EXAMEN ODONTOLOGICO	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CEPILLADO DIARIO, LA FORMA CORRECTA DE CEPILLARSE Y LA LA IMPORTANCIA DE ASISTIR A ODONTOLOGIA PARA E CUIDADO DENTAL, SE REMITE AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA PARA REALIZAR CONTROL ODONTOLOGICO DE PRIMERA VEZ Y CONTROL DE PLACA.	A M B	A M B	A M B
3	ALBA NORY VARGAS/ 50 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN TAMIZAJE VISUAL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA AGUDEZA VISUAL EN ESTE CICLO DE VIDA YA QUE UN METODO DE DETECCION TEMPRANA PARA POSIBLES COMPLICACIONES VISUALES COMO ASTIGMATISMO Y MIOPIA, 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
1	LUIS PACHECO MEDINA/ 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

1	LUIS PACHECO MEDINA/ 61 AÑOS DE EDAD, EN VEJEZ/ SIN ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR	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

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	D		V. Hermosa	N Tres Esquinas

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR				
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.962 9199	LONGITUD	-75.961 642
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA

VIVIENDA	694	FAMILIA	1	COHORTE	A

FECHA VISITA	16.07.2024
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1 SMLV
No. De Personas de la Familia	1

DATOS SISBEN

FICHA	66075001552800000146
GRUPO	SUBGRUPO: C Vulnerable
PUNTAJE	18
NIVEL	
DIRECCION	
TELEFONO	313. 6802166
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	4.590065	Heiman	Danilo	Franco	Tapia	M	010662	57	3	0	1	1	5	5	4	0	0	1	SF	0	NO			0	NO	NO	
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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, Bioenergia, 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 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 6

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

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

RESERVORIOS DE AGUA
- 1. Cuantos 1
- 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 X
- 4. Asbesto X

CIELO RASO?
SI/NO N

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

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 SI

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

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

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

LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE

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

OTROS DATOS ADICIONALES

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

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA

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

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA
- Consume medicamentos bajo fórmula médica SI/NO NO
- Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad SI/NO SI
- ¿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		S.
GATOS	0	1	1	0	0	1	0		Caracol africano SI/NO
EQUINOS		AVES		PORCINOS					S.
OTROS		CUALES:							

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

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen en la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se asea 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otra grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o mantiene con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Herman	N	N	N	N	N	N	N		
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 psicológica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontológica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Caseta comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Oración	4. Veeduría	6. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Hermen	N	U	U	N	N	S	U	NO	No	NO	-No	NO		N	NO	U	U	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
S	S			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
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

8. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asiste a control prenatal	No. de controles	Asiste a curso psicoprofilácti co	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT acelular	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1. HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preeclampsia	4.Gestación múltiple	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	I.M.C. (Este se calculará automáticamente al guardar el	Tensión arterial	Movimientos fetales

Tipo de sangre	ANTECEDESTES OBSTETRICOS									Antecedente embarazo anterior (último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Riesgo biológico	Intervalo intergenésico	Historia Gestacional					Estado actual de los hijos		Diabetes gestacional	Hipertensión materna	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Bajo peso al nacer	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 líquido amniótico)	Disminución de movimientos fetales (siente de que los empiece a sentir)	Sensación de fiebre o pitos, dolor de 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 niñas y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL					

Tiempo en meses

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

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

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

Version 13.
30042024

10. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce prácticas claves AIEPI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor últimos 6 meses	Control de placa últimos 6 meses	Presencia de maltrato	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automa	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										1.Cereales, raices, tuberculos y platano	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	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	Desarrollo acción en el último año	Prácticas clave lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompañamiento 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 organización es del barrio o la escuela	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de automá													

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

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

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al 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 (Kg)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de automát										Licor	N° Cigarrillos Al dia	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	Hipertension	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta s	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Bucal	Planificacion Familiar	Citologia	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa de control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)		Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólicas									
	Hombre	N	N	No	88	1.75		NO	N	N	N	N	130	90	105	112		N	N/	N	N	N	N/

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 x	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamización Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
NO	NO	SI	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	SI	SI	NO	SI	NO	SI	RCV

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	Sospecha de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula automa		Licor	N° Cigarrillos/ día	SPA	Comida chatarra	Bistólica	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.Carnes, raices, tubérculos y	2.Hortalizas y/o frutas verdes	3.Fruta	4.Carnes, huevos leguminosas	5.Lacteos	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	☐
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_Herman Fran...

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. 684

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	16	7	2024	V2				V3			
Responsable 1: JESSICA TATIANA MOSQUERA ESPINOSA Responsable 2: JESUS ANTONIO HERNANDEZ CASTRILLON				Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			

Nombre del Jefe del Hogar: HERMAN DARIO FRANCO TORO	Nombre de quién recibe la visita: HERMAN DARIO FRANCO TORO	N° telefono contacto: 3136802106

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN CONDICIONES QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN PARA LLEGAR A SER PROPICIAS 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
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

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	HERNAN DARIO FRANCO/ 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.	A M B	A M B	A M B
3	HERNAN DARIO FRANCO/ 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.	A M B	A M B	A M B

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

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

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

Version 13.
30042024

1. IDENTIFICACION

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Balbar	R		V Tres Esquinas	- Casa Lote

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Jesus Antonio Hernandez			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.962 9396	LONGITUD	-75.961 7027
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA

VIVIENDA	683	FAMILIA	1	COHORTE	A
FECHA VISITA	160724				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	-1 SMLV				
No. De Personas de la Familia	5				

DATOS SISBEN

FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	
TELEFONO	321 4072503
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)
Eliecer	†	Taranco	Tangua	M	77	-

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 origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado		SI/NO	No. Meses
1	CC	24511807	Alba	Nelly	Posada	Castaño	F	120170	54	3	0	1	2	S	11	3	0	S	1	ST		SI	N		N	N	N	
2	CC	1090077268	Didier	Andres	Posada	Castaño	M	021296	27	3	0	3	2	S	11	1	0	NO	1	ST		S	2		U	N	N	
3	CC	1090076874	Cristian	David	Franco	Posada	M	250593	31	3	0	3	2	S	9	1	0	NO	1	ST		S	N		N	N	N	
4	TI	1090076728	Kevin	Mauricio	Castaño	Posada	M	120310	14	3	0	11	2	S	8	3	0	NO	1	DSM		S	N		N	N	N	
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													

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

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

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

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

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

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

Por enfermedad, accidente o nacimiento tiene alguna de las siguientes condiciones de Forma permanente
1- Ceguera Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para moverse o caminar por 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
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 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
- 2.Bajo X
- 3.Medio bajo
- 4.Medio
- 5.Medio Alto
- 6.Alto

RIESGO DE VIVIENDA
- 1. Vivienda con riesgo de deslizamiento NO
- 2. Vivienda con riesgo de inundación 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 X
- 4.Hervida X
- 5.Clarificación
- 6.Asoleo

RESERVORIOS DE AGUA
- 1. Cuantos NO
- 2. Positivos 2
- 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 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
- 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 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
- 3.Reciclados X

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 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	2	1	3	3	1	1	NO		NO
GATOS	1	0	1	1	0	0	NO		Caracol africano SI/NO
EQUINOS		AVES		PORCINOS					5,
OTROS		CUALES:							

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

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

Nelly 110/80 - 60K 89 191 - Talla 163
A
Cris 100/70 - 64K - Talla 173 - 87-100
Kevin P. 48K 1.56m PO PC

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO.	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso espacios comunitarios por parte de los niños	Consideró en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención psicologica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Caseta comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Oración	4. Vasduria	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Nelly	N	N	S	N	S	S	N	N	N	N	N	N		S	N	Y	N	N		
2	— Didier	N	N	S	N	S	S	N	N	N	N	N	N		S	N	N	N	N		
3	— Cristian	N	N	S	N	S	S	N	N	N	N	N	Y		S	N	N	N	N		
4	— Kevin	N	N	S	N	S	S	N	N	N	S	N	N		S	N	N	N	N		
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 Alimentaña.
4. Salud Bucal.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Crónicas.
8. DLS o Secretaña.
9. TBC y Lepra
10. Seguridad Laboral
11. Zoonosis y ETV.
12. Emergencias y Desastres
13. Salud Ambiental.
14. Prestación de Servicios.
15. Hospital.
16. Otro.
17. Dirección local de Salud.

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

Version 13.
30042024

8. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asiste a Control prenatal	No. de controles	Asiste a curso psicoprofilácticos	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT mujer	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. (Este se calculará automáticamente al ingresar el	Tensión arterial	Movimientos Fetales

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

Micronutrientes			Por qué no los toma?	Síntomas de alarma					Presencia de síntomas de alarma	Remitir a						
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de liquido vaginal (sangrado o liquido amniotico)	Disminución de movimientos fetales (después 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 Psicoprofilactico	Salud Bucal	Vacunación	Citologia	Planificación	Observaciones

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

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

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

Tiempo en meses

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

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

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

Version 13.
30042024

10. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce prácticas claves AIEPI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor últimos 6 meses	Control de placa últimos 6 meses	Presencia de maltrato	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-5)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automa	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta s	4.Carnes, huevos, leguminosas 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 visuel 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 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	Kim	NO	48	156		NO	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	SI	1	NO	SI	Deporte

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

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

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

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

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

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 se calcula de automát										Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra

1. Si 2.No 3.No aplica

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

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

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

Presion arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria E(1-4-6)						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertension	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertension	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 forma automática)		Licor	Nº Cigarrillos al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica									
1	[illegible]	NO	NO	NO	60*	1.63		1	N	N	N	N	100	80	89	101		N	N	N	N	N	SI
2	[illegible]	NO	N	NO	55	1.71		1	N	N	N	N	95	70	78	85		N	N	N	N	NO	NO
3	[illegible]	NO	N	NO	64	1.73		1	N	N	N	N	100	70	81	100		N	N	N	N	NO	NO

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.Otra	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Mortalizas y legumi nosas verdes	3.Fruta s	4.Carnes, huevos, legumi nosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamización Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	
NO	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S*	S	NO	S*	S	S	mgm?
NO	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	
NO	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S*	S	S	S	NA	S	

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 testículo
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automa		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.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raices, tubérculos y	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Fruta s	4.Carnes, huevos, legumbres	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	NO
2	IRA	N
3	EDA	N
4	TUBERCULOSIS O LEPRA	N
5	MALARIA	N
6	DIABETES MILLITUS	N
7	CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS	N
8	CHIKUNGUYA	N
9	SINTOMATICO RESPIRATORIO	NO
10	OTRO / CUAL _____	
11	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	N
12	VIOLENCIA SEXUAL	N
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	5
7	VIH	
8	TUBERCULOSIS O LEPRA	
9	ENFERMEDAD PROFESIONAL	
10	ACCIDENTE LABORAL	
11	OTRO / CUAL	


PT_ Nelly For Tre...

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. 683

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	16	7	2024	V2				V3			

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

Nombre del Jefe del Hogar: ALBA NELLY FORONDA	Nombre de quién recibe la visita: ALBA NELLY FORONDA	N° telefono contacto: 3214072503

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA Y EDUCACION FAMILIAR, VIVIENDA EN CONDICIONES QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN PARA LLEGAR A SER PROPICIAS 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
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

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	ALBA NELLY FORONDA/ 53 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	ALBA NELLY FORONDA/ 53 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN ATENCIÓN MEDICA NI 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
3	ALBA NELLY FORONDA/ 53 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN TAMIZAJE VISUAL	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE REALIZARSE LA AGUDEZA VISUAL EN ESTE CICLO DE VIDA YA QUE UN METODO DE DETECCION TEMPRANA PARA POSIBLES COMPLICACIONES VISUALES COMO ASTIGMATISMO Y MIOPIA, 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

1	CRISTIAN DAVID FRANCO/ 31 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ CON NECESIDAD DE ATENCIÓN PSICOLOGICA	SE BRINDA EDUCACIÓN CON BASE EN LAS NECESIDADES EXTERIORIZADAS POR LOS FAMILIARES, CON CONDUCTAS QUE SE VIENEN PRESENTANDO, CON COMPORTAMIENTOS DE INAPETENCIA Y DESMOTIVACIÓN, SE REMITE A PSICOLOGIA PARA MANEJO DE LAS SITUACIONES	✖ M B	A M B	A M B
2	CRISTIAN DAVID FRANCO/ 31 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
3	CRISTIAN DAVID FRANCO/ 31 AÑOS DE EDAD, EN ADULTEZ/ SIN ATENCIÓN MEDICA	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
N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
8	KEVIN MAURICIO CATILLO/ 14 AÑOS DE EDAD, EN ADOLESCENCIA/ SIN ATENCIÓN POR ENFERMERÍA	SE BRINDA EDUCACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA CONSULTA POR ENFERMERÍA PARA PODER REALIZAR UN SEGUIMIENTO Y DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ENFERMEDADES Y BRINDAR ASESORIA SOBRE PLANIFICACIÓN	✖ M B	A M B	A M B
8	KEVIN MAURICIO CATILLO/ 14 AÑOS DE EDAD, EN ADOLESCENCIA/ 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, CONTROL DE PLACA, SELLANTES Y DELTATRAJE	✖ 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