Item	Variable	Tipo de campo	Respuesta	Obligatoriedad	Descripción del Diligenciamiento	Observacion y o parametrizacion
DATOS INICIAL	Fecha Seguimiento	Formato Fecha	DD/MM/AAAA	SI	Registre el día en el cual se realiza la intervención, registre dia, mes y año	
	Seguimiento N°	Selección	Seguimiento 1 Seguimiento 2 Seguimiento 3 Seguimiento 4 Seguimiento 5 Seguimiento 6 Seguimiento 7 Seguimiento 8 Seguimiento 9	SI	Seleccione el numero de seguimiento	El seguimiento numero 1 obligatoriamente comenzara con en el estado **EFECTIVO**
	Estado	Selección	EFECTIVO FUERA DE BOGOTÁ FALLIDO FALLECIDO RECHAZADO INTERLOCAL NORTE INTERLOCAL SUR INTERLOCAL SUR OCCIDENTE INTERLOCAL CENTRO ORIENTE	SI	Seleccione el estado del seguimiento	Para el estado **EFECTIVO** se habilitaran los campos acorde a la prioridad, para los demas estados solo se habilitara la parte de **observaciones**
	Motivo de estado	Selección	NO VIVE AHÍ LOTE BALDÍO DIRECCIÓN Y TELÉFONO ERRADO SIN DATOS DE CONTACTO NI UBICACIÓN. OTROS NO DISPONIBILIDAD DE TIEMPO NO SE ENCUENTRA EN EL DOMICILIO TRASLADO DE DOMICILIO FALLECIDO TRASLADO A TERRITORIO REUBICACION LOCAL ICBF	SI	Selecciones el motivo de estado cuando es fallido el estado	Se habilitara cuando se marque en estado **FALLIDO**
	Intervención	Selección	Hospitalario Pos egreso	SI	Seleccione el estado de la intervención	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**
DATOS IDENTIFICACION USUARIO	GESTANTE	Selección	SI NO	Si	Seleccione SI o NO si aplica o no a la pregunta de la variable	Se habilitara solo cuando corresponda a mujer
	EDAD GESTACIONAL (semanas)	Selección	1 2 3 4 5 6 7	SI	Seleccione la edad gestacional	Se habilita solo cuando se marca SI en gestante
DATOS IDENTIFICACION FAMILIAR	NOMBRE COMPLETO	Texto		Si	Ingresa el Nombre del Familiar	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**
	TIPO DE DOCUMENTO	Selección	Cerificado de Nacido vivo Registro civil Tarjeta de identidad Cedula de ciudadania Cedula de extranjeria Menor sin identificación Adulto sin identificación	Si	Seleccione el tipo de documento del familiar	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**
	NÚMERO DE DOCUMENTO	Nuemro		Si	Ingresa el Nombre del Familiar	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**
	PARENTESCO	Selección	Mamá Papá Abuelo (a) Hermano (a) Tio (a) Primo (a) Pareja Sin acompañante Otro	Si	Seleccione el parentezco	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**
	TELÉFONO DE CONTACTO	Texto		Si	Ingresa los numero de telefono de contacto del familiar	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**

	UBICACION	Selección	UPI la Rioja UPI la Florida Pagadiarios Albergue hogar mariana Albergue santa martha Albergue amor eficaz Albergue Ocobos	Si	Seleccione la ubicación del familiar	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**
INFORMACIÓN DE SERVICIO	SERVICIO REQUERIDO	Texto		Si	Ingresa el servicio requerido	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**
	FECHA DE INGRESO	Formato Fecha	DD/MM/AAAA	SI	Registre el día en el cual se realiza la intervención, registre dia, mes y año	Solo se podra registrar fecha actual o anterior al registro de seguimiento
	UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD A LA QUE INGRESA	Texto		Si	Ingresa la unidad de servicio a la que ingresa	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**
	MOTIVO DE CONSULTA/INGRESÓ	Texto		Si	Ingresa el motivo de consulta o ingreso	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**
	UNIDAD DE SERVICIO DE SALUD DE TRASLADO	Texto		Si	Ingresa la unidad de servicio de salud de traslado	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**
	TIPO DE INGRESO A LA UNIDAD	Texto		Si	Tipo de ingreso a la unidad	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**
	ANTECEDENTES EN SALUD	Texto		Si	Ingresa los antecedentes de Salud	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**
	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	Texto		Si	Ingresa la impresión diagnostica	Acorde a lo suministrado en la unidad asistencial
DETALLE DEL SEGUIMIENTO INTRA-HOSPITALARIO	UNIDAD DE SALUD A LA QUE SE ENCUENTRA	Texto		Si	Ingresa la unidad de salud a la que se encuentra	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**
	SERVICIO DE EN EL QUE SE ENCUENTRA	Texto		Si	Ingresa el servicio en el que se encuentra	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**
	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA	Texto			Ingresa la impresión diagnostica	Acorde a lo suministrado en la unidad asistencial
	NECESIDAD DE APOYO INTERSECTORIAL	Selección	SI NO	Si	Seleccione SI o NO si aplica o no a la pregunta de la variable	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**
DETALLE DEL SEGUIMIENTO POS EGRESO	Especialidad 1	Texto		SI	Relacione en texto la primera especialidad	Obligatoria
	Especialidad 2	Texto		NO	Relacione en texto la primera especialidad	Opcional
	Adherente Al Tratamiento	Selección	SI NO	Si	Seleccione SI o NO si aplica o no a la pregunta de la variable	Se habilitara cuando se marque en estado **EFECTIVO**
ASPECTOS FINALES	Observaciones	Texto		SI	Relacione en texto la observaciones del seguimiento	Se habilitara para los estados **EFECTIVO** y **FALLIDO**

Variable editable
No
No
No
No
No
No
No
No
No
No
No
No

No
No
No
No
No
No
No
No
No
No
No
No
No
No
No
No
No