## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| **49.** Primer Nombre | | **50.** Segundo Nombre | |
| **51.** Primer Apellido | | **52.** Segundo Apellido | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | | **54.** Número de identificación | | **55.** Fecha de nacimiento | AAA | MM | DD |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **56.** Sexo | ○ 1. Hombre | **57.** Rol dentro de la familia | ○ 1. Jefe(a) de familia | | | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | | | |
| ○ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | ○ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro | Cuál | | | |

| | |
|---|---|
| **58.** Ocupación | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **59.** Nivel Educativo | | **60.** Régimen de afiliación | ○ 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado | **61.** EAPB | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **62.** Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ○ 7. Ninguna | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **63.** Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | **64.** Comunidad o pueblo indígena | | | |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ○ 7. Ninguna | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **65.** Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ○ 9. Ninguna | |

| | | |
|---|---|---|
| **66.** El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ○ NO |

## 3.2. Situaciones o condiciones de salud

| | | |
|---|---|---|
| **67.** Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ○ NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **68.** Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud | | | ○ 1. Valoración Integral para la PYMS |
| ○ 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | | ○ 4. Aplicación de flúor |
| ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo |
| ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ○ 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ○ 13. Tamizaje para ITS | ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino |
| ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto |
| ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad |
| ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio | | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido |
| ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ○ 25. Educación para la salud | | ○ 26. Ninguna |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **69.** Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud | | | ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud |
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | | ○ 7. Persona enferma |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura |
| ○ 12. No afiliado | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **70.** ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ○ NO | **71.** Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ○ NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **72.** Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) | | **73.** Es menor de 5 años? | ○ SI ○ NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **74.** Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) | | **74.2** Talla (en centímetros) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **75.** Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla | ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | |

| | |
|---|---|
| **76.** Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial | |

| | |
|---|---|
| **77.** Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda | |
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento |

| | |
|---|---|
| **78.** ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI ○ NO |
| **78.2** Cuáles | |

| | | |
|---|---|---|
| **79.** ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ○ NO |

| | | |
|---|---|---|
| **80.** Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención | | |
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **81.** Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional? | | | |
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ○ No aplica |

## 4. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

### 4.1. Características y condiciones del entorno y de la vivienda

**82.** Tipo de vivienda | (X) 1. Casa | ○ 2. Casa Indígena | ○ 3. Carpa | ○ 4. Apartamento | ○ 5. Pieza/ Cuarto en Inquilinato | ○ 6. Contenedor | ○ 7. Embarcación | ○ 8. Vagón | ○ 9. Refugio Natural | ○ 10. Cueva | ○ 11. Puente | ○ 12. Otro | **85.2** ¿Cuál?

**83.** ¿Cuál es el material predominante de las paredes? | ○ 1. Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida | ○ 2. Tapia pisada, adobe | (X) 3. Bahareque | ○ 4. Material prefabricado | ○ 5. Madera burda, tabla, tablón | ○ 6. Guadua, casa, esterilla, otro vegetal | ○ 7. Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico | ○ 8. Sin paredes | ○ 9. Otro | **83.2** ¿Cuál?

**84.** ¿Cuál es el material predominante del piso de la vivienda? | ○ 1. Alfombra o tapete, mármol, parque, madera pulida y lacada | ○ 2. Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo | ○ 3. Cemento, gravilla | ○ 4. Madera burda, madera en mal estado, tabla, tablón | (X) 5. Tierra o arena | ○ 6. Otro | **84.2** ¿Cuál?

**85.** ¿Cuál es el material predominante del techo? | ○ 1. Concreto | ○ 2. Tejas de barro | ○ 3. Fibrocemento | (X) 4. Zinc | ○ 5. Palma o paja | ○ 6. Plástico | ○ 7. Desechos (cartón, lata, tela, sacos, etc) | ○ 8. Otro | **85.2** ¿Cuál?

**86.** ¿De cuántos cuartos o piezas dormitorio dispone esta vivienda? 1

**87.** Hacinamiento | ○ SI | ○ NO

**88.** Se identifican algunos de los siguientes escenarios de riesgo de accidente en la vivienda

○ 1. Objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños | ○ 2. Sustancias químicas al alcance de los niños | ○ 3. Medicamentos al alcance de los niños
○ 4. Velas, velones, incienso encendidos en la vivienda | ○ 5. Conexiones eléctricas en mal estado o sobrecargadas
○ 6. Botones, canicas entre otros objetos pequeños o con piezas que puedan desmontarse, al alcance de los niños | ○ 7. Pasillos obstruidos con juguetes, sillas u otros objetos
○ 8. Superficies resbaladizas, suelos con agua, grasas, aceites, entre otros | ○ 9. Tanques o recipientes de almacenamiento de agua sin tapa | ○ 10. Escaleras sin protección

**89.** Desde la vivienda se puede acceder fácilmente a: | ○ 1. Medios de transporte (Buses, autos, camiones, lanchas, etc)
○ 2. Parques, y áreas deportivas, Centros sociales y/o recreacionales | ○ 3. Instituciones educativas | ○ 4. Servicios de salud | (X) 5. Ninguna

**90.** ¿Cuál fuente de energía o combustible que se usa para cocinar?

○ 1. Electricidad | ○ 2. Gas natural | ○ 3. Gas Liquado del petroleo (gas propano) | ○ 4. Leña, madera o carbón de leña | ○ 5. Petróleo, gasolina, kerosén, alcohol
○ 6. Carbón mineral | ○ 7. Materiales de desecho | ○ 8. Otro | **90.2** ¿Cuál?

**91.** ¿Se observa cerca de la vivienda o dentro de ella s criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? | ○ SI | (X) NO

**91.2** Cuál(es)?

### 4.2. Oficios u ocupaciones que se desarrollan en la vivienda o su entorno inmediato (peridomicilio)

**92.** Observe si cerca de la vivienda hay alguno de los siguientes:

○ 1. Cultivos | ○ 2. Apriscos | ○ 3. Porquerizas | ○ 4. Galpones | ○ 5. Terrenos baldíos
○ 6. Presencia de Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, et | ○ 7. Ruido o sonidos desagradables | ○ 8. Malos olores
○ 9. Sitios satélites de disposición de excretas | ○ 10. Rellenos sanitarios/botaderos
○ 11. Industrias Contaminantes (del sector energético, minero, transporte, construcción, manufacturera, entre otros)
○ 12. Contaminación visual | ○ 13. Río o quebrada | ○ 14. Planta de tratamiento de agua residual | ○ 15. Extracción minera
○ 16. Canales de agua lluvia | ○ 17. Vías de tráfico vehícular | ○ 18. Quemas a cielo abierto | ○ 19. Otro
**92.2** Especifique

**93.** ¿Al interior de la vivienda se realiza alguna actividad económica? | ○ SI | ○ NO

**94.** Señale los animales que conviven con la familia dentro de la vivienda o en su entorno inmediato, e indique cuantos son:

○ 1. Perros | ○ 2. Gato | ○ 3. Porcinos | ○ 4. Bóvidos: Búfalos, vacas, toros | ○ 5. Equidos: Asnos, mulas, caballos, burros
○ 6. Ovinos / caprino | ○ 7. Aves de producción | ○ 8. Aves ornamentales | ○ 9. Peces ornamentales, hamster | ○ 10. Cobayos, conejos
○ 11. Animales silvestres | ○ 11. Otro | **94.2** Cuál? | **94.3** Registrar Cantidad

## 4.3. Agua y saneamiento básico

**95.** ¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua para consumo humano en la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ⊗ 1. Acueducto administrado por empresa prestadora (ESP) | ○ 2. Agua embotellada o en bolsa | ○ 3. Acueducto veredal o comunitario | ○ 4. Pila pública | |
| ○ 5. Carro tanque | ○ 6. Abasto con distribución comunitaria | ○ 7. Pozo con bomba | ○ 8. Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno | ○ 9. Laguna o jagüey |
| ○ 10. Río, quebrada, manantial o nacimiento | ○ 11. Aguas lluvias | ○ 12. Aguatero | ○ 13. Otro | **95.2** Cuál |

**96.** ¿Cuál es el sistema de disposición de excretas en la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ⊗ 1. Sanitario conectado al alcantarillado | ○ 2. Sanitario y letrina | ○ 3. Sanitario conectado a pozo séptico | ○ 4. Sanitario ecológico seco | |
| ○ 5. Sanitario sin conexión | ○ 6. Sanitario con disposición a fuente hídrica | ○ 7. Campo abierto | ○ 8. Otro | **96.2** Cuál? |

**97.** ¿Cuál es el sistema de disposición de aguas residuales domésticas en la vivienda?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ⊗ 1. Alcantarillado | ○ 2. Pozo séptico | ○ 3. Campo de oxidación | ○ 4. Biofiltro | ○ 5. Fuente hídrica | ○ 6. Campo abierto |
| ○ 7. Otro | **97.2** Cuál? | | | | |

**98.** ¿Como se realiza la disposición final de los residuos sólidos ordinarios de la vivienda?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ⊗ 1. Recolección por parte del servicio de aseo distrital o municipal | ○ 2. Enterramiento | ○ 3. Quema a campo abierto | |
| ○ 4. Disposición en fuentes de agua cercana | ○ 5. Disposición a campo abierto | ○ 6. Otro | **98.2** Cuál? |

ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL-CESAR
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
HOSPITAL SAN JOSE

REGISTRO DE ASISTENCIA

Página_____de_____ 13

**MUNICIPIO: BECERRIL** | **LUGAR:** Barrio el Carmen | **Fecha: D:** 26 **M:** 06 **A:** 2025 **Hora:** 8:20 am

**ACTIVIDAD:Realizar doscientas diecinueve (219) visitas en el entorno hogar en los microterritorios priorizados;para desarrollar acciones de educación y comunicación para la salud,en el marco de la estrategia APS, con el fin de educaren promoción y prevención de la tuberculosis, factores de riesgo, beneficiando aproximadamente a 800 personas, entrega de material educativo.**

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÓN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | pablo almanza | 12520249 | cc | 3075567889 | | x | 76 | Desplazado | | | | x | Carmen | | | | | | x | | | | | | | | x | | Pablo A. |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

34

Salud

# Ministerio de Salud y Protección Social
## Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

#### 1.1. Datos generales del escenario del entorno que se caracteriza

1. Departamento: Cesar
2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia: U2PR020
3. Municipio / Área no municipalizada: 20045 - Becarmen
4. Territorio: ID: Serial:
5. Microterritorio: Carmen ID: Serial:
6. Corregimiento / Centro de poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo Indigena:
7. Dirección:
8. Geopunto (online-offline) y altitud:
9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia): Lat 9.79359 long -73.28106
10. Número de Identificación de la familia:
11. Estrato socieconómico de la vivienda: ○ 1. Bajo-Bajo ⊗ 2. Bajo ○ 3. Medio-Bajo ○ 4. Medio ○ 5. Medio-Alto ○ 6. Alto
12. Número de hogares en la vivienda:
13. Número de fâmilias en la vivienda: 1
14. Número de personas en la vivienda: 4

#### 1.2. Identificación del encuestador

15. Número de identificación del Equipo Básico de Salud (EBS): EBS
16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS: 20045001439 ESE HUS.
17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización: Eliana Plata
18. Perfil de quien realiza la evaluación de necesidades en salud - caracterización: Aux enfermeria
19. Código de la ficha:
20. Fecha diligencimiento de la ficha:

### 2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

#### 2.1. Estructura y contexto familiar

21. Tipo de familia: ○ 1. Nuclear biparental ⊗ 2. Nuclear monoparental ○ 3. Extenso biparental ○ 4. Extenso monoparental ○ 5. Compuesto biparental ○ 6. Compuesto monoparental ○ 7. Unipersonal
22. Número de personas que conforman la familia: 4
23. Estructura y dinámica familiar (Diligenciamiento Familiograma)

Seleccione el tipo de riesgo identificado: ○ 1. Riesgo Biológico ○ 2. Riesgo Psicológico ⊗ 1. Riesgo Social

Observaciones:

**24.** Funcionalidad de la familia (Apgar familiar) | ○ 0 a 3 puntos. Disfunción familiar | ○ 4 a 6 puntos. Funcionalidad moderada | ⊘ 4 a 6 puntos. Alta Funcionalidad

**25.** En la familia se identifica un cuidador principal de niños, niñas, persona con discapacidad, adulto mayor o enfermedad? | ○ SI | ○ NO

**26.** Si la respuesta anterior es SI aplicar escala ZARIT y registre aquí el resultado -puntaje para determinar si se requiere intervención individual o familiar | ○ 1. Ausencia de sobrecarga (≤ 46) | ○ 2. Sobrecarga ligera (47-55) | ○ 3. Sobrecarga intensa (≥ 56)

**27.** Interrelaciones de la familia con el contexto socio cultural (diligenciar ECOMAPA) | ○ 1. Positivo | ○ 2. Tenue | ○ 3. Estresante | ○ 4. Energía Fluye | ○ 5. Intenso

## 2.2. Situaciones o condiciones de especial protección de la familia y sus integrantes

**28.** Familia con niñas, niños y adolescentes | ⊘ SI | ○ NO

**29.** Gestante en la familia | ○ SI | ⊘ NO

**30.** Familia con personas adultos mayores | ○ SI | ⊘ NO

**31.** Familia víctima del conflicto armado | ○ SI | ⊘ NO

**32.** Familia que convive con personas con discapacidad | ○ SI | ⊘ NO

**33.** Familia que convive con personas que presentan alguna enfermedad crónica, huérfana o en estado terminal | ○ SI | ⊘ NO

**34.** Familia que convive con persona que presentan alguna enfermedad transmisible | ○ 1. TB | ○ 2. Lepra | ○ 3. Escabiosos, enfermedades infecciosas de la piel u otras | ○ 4. Malaria | ○ 5. Dengue | ○ 6. Chagas | ○ 7. Hepatitis A | ○ 8. Alguna enfermedad inmunoprevenible ( varicela- parotiditis, otra) | ○ 9. Otras | ⊘ 10. Ninguna

**35.** Familia con vivencia de sucesos vitales normativos y no normativos ( Eventos significativos que inciden de manera positiva o negativa en la persona y familia por ejemplo: Ingreso de niños estudiar, muerte familiar, accidente que genera discapacidad, separación pareja, entre otros) | ○ SI | ⊘ NO

**36.** Familia en situación de vulnerabilidad social (Consumo de SPA - Alcohol, explotación sexual, trabajo infantil, conflictos interpersonales, violencia intrafamiliar, trastorno mental, entre otras) | ○ SI | ⊘ NO

**37.** Familias con prácticas de cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado en la salud (Hábitos alimentarios, situaciones de abandono) | ○ SI | ⊘ NO

**38.** Familia con integrantes con antecedentes de Ca, HTA, Diabetes, Asma, Enfermedad cardiaca, otra | ○ SI | ⊘ NO

**38.2** Si la respuesta es si indique cuales

**38.3** Recibe tratamiento | ○ SI | ⊘ NO

**39.** Cómo obtiene sus alimentos | ○ 1. Cultiva | ○ 2. Cría de animales | ○ 3. Cacería | ○ 4. Recolección de alimentos | ○ 5. Trueque o intercambio | ⊘ 6. Compra | ○ 7. Asistencia del Estado | ○ 8. Ayuda humanitaria | ○ 9. Otra

**39.2** Cuál?

## 2.3. Prácticas o condiciones protectoras para el cuidado de la salud predominantes en la familia

**40.** Hábitos de vida saludable adaptado a las condiciones contextuales y culturales de la familia y sus integrantes. | ○ SI | ⊘ NO

**41.** Recursos socioemocionales que potencian el cuidado de la salud de la familia | ○ SI | ⊘ NO

**42.** Prácticas para el cuidado y protección de los entornos | ○ SI | ⊘ NO

**43.** Prácticas de favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas | ○ SI | ⊘ NO

**44.** Recursos sociales y comunitarios para el establecimiento de redes colectivas para la promoción de la salud. | ○ SI | ⊘ NO

**45.** Prácticas para la conservación de la autonomía y la capacidad funcional de las personas mayores. | ○ SI | ⊘ NO

**46.** Prácticas para la prevención de enfermedades en todas las edades. | ○ SI | ⊘ NO

**47.** Prácticas de cuidado desde los saberes ancestrales/tradicionales (aplica para poblaciones y comunidades indígenas, negras afrocolombianas, raizales, palenqueras y rom) | ○ SI | ○ NO

**48.** Capacidades de las familias para el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud | ○ SI | ⊘ NO

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| **49.** Primer Nombre | Dina | **50.** Segundo Nombre | Luz |
| **51.** Primer Apellido | Bohorquez | **52.** Segundo Apellido | Palomino |
| **53.** Tipo de identificación | CC | **54.** Número de identificación | 1003039544 |
| **55.** Fecha de nacimiento | AAA 1994 | MM 06 | DD 01 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **56.** Sexo | ○ 1. Hombre | ○ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | **57.** Rol dentro de la familia | ⊗ 1. Jefe(a) de familia | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | ○ 3. Hijo(a) ○ 4. Hermano(a) ○ 5. Padre o madre ○ 6. Otro Cuál |

| | |
|---|---|
| **58.** Ocupación | Independiente |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **59.** Nivel Educativo | Primaria | **60.** Régimen de afiliación | ⊗ 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado |
| **61.** EAPB | Nueva Eps | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **62.** Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ⊗ 7. Ninguna | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **63.** Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | **64.** Comunidad o pueblo indígena | |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ⊗ 7. Ninguna | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **65.** Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ⊗ 9. Ninguna |

| | | |
|---|---|---|
| **66.** El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ⊗ NO |

## 3.2. Situaciones o condiciones de salud

**67.** Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ○ NO

**68.** Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud | ○ 1. Valoración Integral para la PYMS

| | | |
|---|---|---|
| ○ 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | ○ 4. Aplicación de flúor |
| ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo |
| ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ○ 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ○ 13. Tamizaje para ITS / ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino |
| ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto |
| ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad |
| ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido |
| ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ○ 25. Educación para la salud | ○ 26. Ninguna |

**69.** Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud | ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud

| | | |
|---|---|---|
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | ○ 7. Persona enferma |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador / ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura |
| ○ 12. No afiliado | | |

**70.** ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ○ NO

**71.** Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ○ NO

**72.** Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) |

**73.** Es menor de 5 años? | ○ SI | ○ NO

**74.** Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) | 90 KI | **74.2** Talla (en centímetros) | 1,60 mts

**75.** Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | |

**76.** Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial |

**77.** Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda

| | |
|---|---|
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento |

**78.** ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI | ○ NO

**78.2** Cuáles |

**79.** ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ○ NO

**80.** Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | |

**81.** Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ○ No aplica |

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| **49.** Primer Nombre | Linda | **50.** Segundo Nombre | |
| **51.** Primer Apellido | Diaz | **52.** Segundo Apellido | Bohorquez |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | TI | **54.** Número de identificación | 1067721716 | **55.** Fecha de nacimiento | AAA 2009 | MM 10 | DD 23 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **56.** Sexo | ○ 1. Hombre | ○ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | **57.** Rol dentro de la familia | ○ 1. Jefe(a) de familia | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | ⊗ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro | Cuál |

| | |
|---|---|
| **58.** Ocupación | Estudiante |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **59.** Nivel Educativo | | **60.** Régimen de afiliación | ⊗ 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado | **61.** EAPB | Nueva Eps |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **62.** Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ○ 7. Ninguna |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **63.** Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ⊗ 7. Ninguna |

| | |
|---|---|
| **64.** Comunidad o pueblo indígena | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **65.** Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ⊗ 9. Ninguna |

| | | |
|---|---|---|
| **66.** El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ⊗ NO |

## 3.2. Situaciones o condiciones de salud

**67.** Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ○ NO

**68.** Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Valoración Integral para la PYMS | ○ 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna |
| ○ 4. Aplicación de flúor | ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema |
| ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo | ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica |
| ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito | ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ○ 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular |
| ○ 13. Tamizaje para ITS | ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino | ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama |
| ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto | ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional |
| ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad | ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo |
| ○ 22. Atención del puerperio | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido | ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad |
| ○ 25. Educación para la salud | ○ 26. Ninguna | |

**69.** Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas |
| ○ 7. Persona enferma | ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad |
| ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 12. No afiliado |

**70.** ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? ○ SI ○ NO

**71.** Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? ○ SI ○ NO

**72.** Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses)

**73.** Es menor de 5 años? ○ SI ○ NO

**74.** Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) 73 KI | **74.2** Talla (en centímetros) 1.56 cms

**75.** Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso |
| ○ 4. Peso Adecuado para la Talla | ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada |
| ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | | |

**76.** Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial

**77.** Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda

| | |
|---|---|
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento |

**78.** ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. ○ SI ○ NO

**78.2** Cuáles

**79.** ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? ○ SI ○ NO

**80.** Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | |

**81.** Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ○ No aplica |

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| **49.** Primer Nombre | Laura | **50.** Segundo Nombre | |
| **51.** Primer Apellido | Diaz | **52.** Segundo Apellido | Bohorquez |
| **53.** Tipo de identificación | | **54.** Número de identificación | 1062811297 |
| **55.** Fecha de nacimiento | AAA 2011 | MM 09 | DD 12 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **56.** Sexo | ○ 1. Hombre | ○ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | | | | |
| **57.** Rol dentro de la familia | ○ 1. Jefe(a) de familia | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | ✓ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro | Cuál |

| | |
|---|---|
| **58.** Ocupación | Estudiante |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **59.** Nivel Educativo | Secundaria | **60.** Régimen de afiliación | ✓ 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | ○ 3. Especial |
| ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado | **61.** EAPB | Nueva Eps | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **62.** Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ✓ 7. Ninguna |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **63.** Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | **64.** Comunidad o pueblo indígena | |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ✓ 7. Ninguna | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **65.** Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ✓ 9. Ninguna | |

| | | |
|---|---|---|
| **66.** El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ✓ NO |

## 3.2. Situaciones o condiciones de salud

**67.** Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ○ NO

**68.** Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Valoración Integral para la PYMS | | | |
| ○ 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | ○ 4. Aplicación de flúor | |
| ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo | |
| ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito | |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ○ 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ○ 13. Tamizaje para ITS | ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino |
| ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto | |
| ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad | |
| ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido | |
| ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ○ 25. Educación para la salud | ○ 26. Ninguna | |

**69.** Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | | | |
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | ○ 7. Persona enferma | |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura |
| ○ 12. No afiliado | | | |

**70.** ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ○ NO

**71.** Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ○ NO

**72.** Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) |

**73.** Es menor de 5 años? | ○ SI | ○ NO

**74.** Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) 59 KI | **74.2** Talla (en centímetros) 1.50 m

**75.** Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | |

**76.** Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial |

**77.** Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda

| | |
|---|---|
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento |

**78.** ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI | ○ NO

**78.2** Cuáles

**79.** ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ○ NO

**80.** Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | |

**81.** Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ○ No aplica |

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| **49.** Primer Nombre | Shirly | **50.** Segundo Nombre | |
| **51.** Primer Apellido | Diaz | **52.** Segundo Apellido | Bohorquez |
| **53.** Tipo de identificación | | **54.** Número de identificación | 1062814708 |
| **55.** Fecha de nacimiento | AAA 2015 | MM 05 | DD 13 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **56.** Sexo | ○ 1. Hombre | ⊗ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | **57.** Rol dentro de la familia | ○ 1. Jefe(a) de familia | ⊗ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) ○ 6. Otro Cuál |

| | |
|---|---|
| **58.** Ocupación | Estudiante |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **59.** Nivel Educativo | Primaria | **60.** Régimen de afiliación | ✓ 1. Subsidiado ○ 2. Contributivo ○ 3. Especial ○ 4. Excepción ○ 5. No afiliado |
| **61.** EAPB | Nueva Eps | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **62.** Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ⊗ 7. Ninguna | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **63.** Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | **64.** Comunidad o pueblo indígena |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ⊗ 7. Ninguna | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **65.** Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ⊗ 9. Ninguna |

| | | |
|---|---|---|
| **66.** El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ⊗ NO |

## 3.2. Situaciones o condiciones de salud

**67.** Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ○ NO

**68.** Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud | ○ 1. Valoración Integral para la PYMS

| | | |
|---|---|---|
| ○ 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | ○ 4. Aplicación de flúor |
| ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo |
| ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ○ 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ○ 13. Tamizaje para ITS / ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino |
| ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto |
| ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad |
| ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido |
| ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ○ 25. Educación para la salud | ○ 26. Ninguna |

**69.** Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud | ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud

| | | |
|---|---|---|
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | ○ 7. Persona enferma |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador / ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura |
| ○ 12. No afiliado | | |

**70.** ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ○ NO

**71.** Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ○ NO

**72.** Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) |

**73.** Es menor de 5 años? | ○ SI | ○ NO

**74.** Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) | 29 K1 | **74.2** Talla (en centímetros) | 1.30 m

**75.** Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla | ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla

| | | |
|---|---|---|
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa |

**76.** Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial |

**77.** Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda

| | |
|---|---|
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento |

**78.** ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI | ○ NO

**78.2** Cuáles |

**79.** ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ○ NO

**80.** Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | |

**81.** Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional?

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ○ No aplica |

## 4. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

### 4.1. Características y condiciones del entorno y de la vivienda

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **82.** Tipo de vivienda | (✓) 1. Casa | ○ 2. Casa Indígena | ○ 3. Carpa | ○ 4. Apartamento | ○ 5. Pieza/ Cuarto en Inquilinato | ○ 6. Contenedor |
| ○ 7. Embarcación | ○ 8. Vagón | ○ 9. Refugio Natural | ○ 10. Cueva | ○ 11. Puente | ○ 12. Otro | **85.2** ¿Cuál? |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **83.** ¿Cuál es el material predominante de las paredes? | ○ 1. Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida | ○ 2. Tapia pisada, adobe | (✓) 3. Bahareque |
| ○ 4. Material prefabricado | ○ 5. Madera burda, tabla, tablón | ○ 6. Guadua, casa, esterilla, otro vegetal | ○ 7. Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico |
| ○ 8. Sin paredes | ○ 9. Otro | **83.2** ¿Cuál? | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **84.** ¿Cuál es el material predominante del piso de la vivienda? | ○ 1. Alfombra o tapete, mármol, parque, madera pulida y lacada | ○ 2. Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo | | |
| ○ 3. Cemento, gravilla | ○ 4. Madera burda, madera en mal estado, tabla, tablón | (✓) 5. Tierra o arena | ○ 6. Otro | **84.2** ¿Cuál? |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **85.** ¿Cuál es el material predominante del techo? | ○ 1. Concreto | ○ 2. Tejas de barro | ○ 3. Fibrocemento | (✓) 4. Zinc | ○ 5. Palma o paja |
| ○ 6. Plástico | ○ 7. Desechos (cartón, lata, tela, sacos, etc) | ○ 8. Otro | **85.2** ¿Cuál? | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **86.** ¿De cuántos cuartos o piezas dormitorio dispone esta vivienda? | 2 | **87.** Hacinamiento | ○ SI | ○ NO |

**88.** Se identifican algunos de los siguientes escenarios de riesgo de accidente en la vivienda

| | | |
|---|---|---|
| ○ 1. Objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños | ○ 2. Sustancias químicas al alcance de los niños | ○ 3. Medicamentos al alcance de los niños |
| ○ 4. Velas, velones, incienso encendidos en la vivienda | ○ 5. Conexiones eléctricas en mal estado o sobrecargadas | |
| ○ 6. Botones, canicas entre otros objetos pequeños o con piezas que puedan desmontarse, al alcance de los niños | ○ 7. Pasillos obstruidos con juguetes, sillas u otros objetos | |
| ○ 8. Superficies resbaladizas, suelos con agua, grasas, aceites, entre otros | ○ 9. Tanques o recipientes de almacenamiento de agua sin tapa | ○ 10. Escaleras sin protección |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **89.** Desde la vivienda se puede acceder fácilmente a: | ○ 1. Medios de transporte (Buses, autos, camiones, lanchas, etc) | | | |
| ○ 2. Parques, y áreas deportivas, Centros sociales y/o recreacionales | ○ 3. Instituciones educativas | ○ 4. Servicios de salud | (✓) 5. Ninguna | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **90.** ¿Cuál fuente de energía o combustible que se usa para cocinar? | | | | |
| ○ 1. Electricidad | ○ 2. Gas natural | ○ 3. Gas Liquado del petroleo (gas propano) | ○ 4. Leña, madera o carbón de leña | ○ 5. Petróleo, gasolina, kerosén, alcohol |
| ○ 6. Carbón mineral | ○ 7. Materiales de desecho | ○ 8. Otro | **90.2** ¿Cuál? | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **91.** ¿Se observa cerca de la vivienda o dentro de ella s criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? | ○ SI | **91.2** Cuál(es)? | |
| | (✓) NO | | |

### 4.2. Oficios u ocupaciones que se desarrollan en la vivienda o su entorno inmediato (peridomicilio)

**92.** Observe si cerca de la vivienda hay alguno de los siguientes:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Cultivos | ○ 2. Apriscos | ○ 3. Porquerizas | ○ 4. Galpones | ○ 5. Terrenos baldíos |
| ○ 6. Presencia de Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, et | | ○ 7. Ruido o sonidos desagradables | | ○ 8. Malos olores |
| ○ 9. Sitios satélites de disposición de excretas | ○ 10. Rellenos sanitarios/botaderos | | | |
| ○ 11. Industrias Contaminantes (del sector energético, minero, transporte, construcción, manufacturera, entre otros) | | | | |
| ○ 12. Contaminación visual | ○ 13. Río o quebrada | ○ 14. Planta de tratamiento de agua residual | | ○ 15. Extracción minera |
| ○ 16. Canales de agua lluvia | ○ 17. Vías de tráfico vehícular | ○ 18. Quemas a cielo abierto | | ○ 19. Otro |
| **92.2** Especifique | | | | |

| | |
|---|---|
| **93.** ¿Al interior de la vivienda se realiza alguna actividad económica? | ○ SI |
| | (✓) NO |

**94.** Señale los animales que conviven con la familia dentro de la vivienda o en su entorno inmediato, e indique cuantos son:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Perros | ○ 2. Gato | ○ 3. Porcinos | ○ 4. Bóvidos: Búfalos, vacas, toros | ○ 5. Equidos: Asnos, mulas, caballos, burros |
| ○ 6. Ovinos / caprino | ○ 7. Aves de producción | ○ 8. Aves ornamentales | ○ 9. Peces ornamentales, hamster | ○ 10. Cobayos, conejos |
| ○ 11. Animales silvestres | ○ 11. Otro | **94.2** Cuál? | | **94.3** Registrar Cantidad: 1 |

## 4.3. Agua y saneamiento básico

**95.** ¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua para consumo humano en la vivienda?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ○ 1. Acueducto administrado por empresa prestadora (ESP) | ○ 2. Agua embotellada o en bolsa | ○ 3. Acueducto veredal o comunitario | ○ 4. Pila pública | | |
| ⊘ 5. Carro tanque | ○ 6. Abasto con distribución comunitaria | ○ 7. Pozo con bomba | ○ 8. Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno | ○ 9. Laguna o jagüey | |
| ○ 10. Río, quebrada, manantial o nacimiento | ○ 11. Aguas lluvias | ○ 12. Aguatero | ○ 13. Otro | **95.2** Cuál | |

**96.** ¿Cuál es el sistema de disposición de excretas en la vivienda?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ⊘ 1. Sanitario conectado al alcantarillado | ○ 2. Sanitario y letrina | ○ 3. Sanitario conectado a pozo séptico | ○ 4. Sanitario ecológico seco | | |
| ○ 5. Sanitario sin conexión | ○ 6. Sanitario con disposición a fuente hídrica | ○ 7. Campo abierto | ○ 8. Otro | **96.2** Cuál? | |

**97.** ¿Cuál es el sistema de disposición de aguas residuales domésticas en la vivienda?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ⊘ 1. Alcantarillado | ○ 2. Pozo séptico | ○ 3. Campo de oxidación | ○ 4. Biofiltro | ○ 5. Fuente hídrica | ○ 6. Campo abierto |
| ○ 7. Otro | **97.2** Cuál? | | | | |

**98.** ¿Como se realiza la disposición final de los residuos sólidos ordinarios de la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ⊘ 1. Recolección por parte del servicio de aseo distrital o municipal | ○ 2. Enterramiento | ○ 3. Quema a campo abierto | | |
| ○ 4. Disposición en fuentes de agua cercana | ○ 5. Disposición a campo abierto | ○ 6. Otro | **98.2** Cuál? | |

ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL-CESAR
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
HOSPITAL SAN JOSE

REGISTRO DE ASISTENCIA

Página_____de_____ 4

**MUNICIPIO: BECERRIL** | **LUGAR:** Barrio el carmen | **Fecha:** D:26 M:06 A: 2025 **Hora:** 8:38 am

**ACTIVIDAD:Realizar doscientas diecinueve (219) visitas en el entorno hogar en los microterritorios priorizados;para desarrollar acciones de educación y comunicación para la salud,en el marco de la estrategia APS, con el fin de educaren promoción y prevención de la tuberculosis, factores de riesgo, beneficiando aproximadamente a 800 personas, entrega de material educativo.**

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÓN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | | Indigena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | DINA palomino | 1003034544 | cc | 3105466387 | X | | 37 | independiente | | | | X | carmen | | | | | | X | | | | | | | | | X | | DPNA |
| 2 | Linda Diaz | 1067727716 | ... | /// | X | | 27 | ESTUDIANTE | | | | X | carmen | | | | | | X | | | | | | | | | X | | Linda |
| 3 | laura Diaz | 1062817497 | cc | /// | X | | 14 | ESTUDIANTE | | | | X | carmen | | | | | | X | | | | | | | | | X | | laura |
| 4 | Shirli Diaz | 1062814708 | cc | /// | X | | 10 | ESTUDIANTE | | | | X | carmen | | | | | | X | | | | | | | | | X | | Shirli |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

33

# Ministerio de Salud y Protección Social
## Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

### 1.1. Datos generales del escenario del entorno que se caracteriza

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Departamento | Cesar | 2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia | 02 PE 020 |
| 3. Municipio / Área no municipalizada | Becerril 20045 | | |
| 4. Territorio | | ID: | Serial: |
| 5. Microterritorio | El Carmen | ID: | Serial: |
| 6. Corregimiento / Centro de poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo Indigena | | | |
| 7. Dirección | | 8. Geopunto (online-offline) y altitud | |
| 9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia) | lat=9.71405 long=-73.28019 | | |
| 10. Número de Identificación de la familia | | 11. Estrato socieconómico de la vivienda | ○ 1. Bajo-Bajo |
| ⊗ 2. Bajo | ○ 3. Medio-Bajo | ○ 4. Medio | ○ 5. Medio-Alto ○ 6. Alto |
| 12. Número de hogares en la vivienda | 1 | 13. Número de familias en la vivienda | 1 |
| 14. Número de personas en la vivienda | 2 | | |

### 1.2. Identificación del encuestador

| | |
|---|---|
| 15. Número de identificación del Equipo Básico de Salud (EBS) | PIC |
| 16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS | 20045 0039 |
| 17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización | 1064110236 |
| 18. Perfil de quien realiza la evaluación de necesidades en salud - caracterización | Aux enfermería |
| 19. Código de la ficha | |
| 20. Fecha diligencimiento de la ficha | |

## 2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

### 2.1. Estructura y contexto familiar

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21. Tipo de familia | ○ 1. Nuclear biparental | ○ 2. Nuclear monoparental | ○ 3. Extenso biparental |
| ⊗ 4. Extenso monoparental | ○ 5. Compuesto biparental | ○ 6. Compuesto monoparental | ○ 7. Unipersonal |
| 22. Número de personas que conforman la familia | 2 | 23. Estructura y dinámica familiar (Diligenciamiento Familiograma) | |
| Seleccione el tipo de riesgo identificado | ○ 1. Riesgo Biológico | ○ 2. Riesgo Psicológico | ⊗ 1. Riesgo Social |

Observaciones:

**24.** Funcionalidad de la familia (Apgar familiar) | ✓ 0 a 3 puntos. Disfunción familiar | ○ 4 a 6 puntos. Funcionalidad moderada | ○ 4 a 6 puntos. Alta Funcionalidad

**25.** En la familia se identifica un cuidador principal de niños, niñas, persona con discapacidad, adulto mayor o enfermedad? | ○ SI | ✓ NO

**26.** Si la respuesta anterior es SI aplicar escala ZARIT y registre aquí el resultado -puntaje para determinar si se requiere intervención individual o familiar | ○ 1. Ausencia de sobrecarga (≤ 46) | ○ 2. Sobrecarga ligera (47-55) | ○ 3. Sobrecarga intensa (≥ 56)

**27.** Interrelaciones de la familia con el contexto socio cultural (diligenciar ECOMAPA) | ○ 1. Positivo | ○ 2. Tenue | ○ 3. Estresante | ○ 4. Energía Fluye | ○ 5. Intenso

## 2.2. Situaciones o condiciones de especial protección de la familia y sus integrantes

**28.** Familia con niñas, niños y adolescentes | ✓ SI | ○ NO

**29.** Gestante en la familia | ○ SI | ✓ NO

**30.** Familia con personas adultos mayores | ○ SI | ✓ NO

**31.** Familia víctima del conflicto armado | ○ SI | ✓ NO

**32.** Familia que convive con personas con discapacidad | ○ SI | ✓ NO

**33.** Familia que convive con personas que presentan alguna enfermedad crónica, huérfana o en estado terminal | ○ SI | ✓ NO

**34.** Familia que convive con persona que presentan alguna enfermedad transmisible | ○ 1. TB | ○ 2. Lepra | ○ 3. Escabiosos, enfermedades infecciosas de la piel u otras | ○ 4. Malaria | ○ 5. Dengue | ○ 6. Chagas | ○ 7. Hepatitis A | ○ 8. Alguna enfermedad inmunoprevenible ( varicela- parotiditis, otra) | ○ 9. Otras | ✓ 10. Ninguna

**35.** Familia con vivencia de sucesos vitales normativos y no normativos ( Eventos significativos que inciden de manera positiva o negativa en la persona y familia por ejemplo: Ingreso de niños estudiar, muerte familiar, accidente que genera discapacidad, separación pareja, entre otros) | ○ SI | ✓ NO

**36.** Familia en situación de vulnerabilidad social (Consumo de SPA - Alcohol, explotación sexual, trabajo infantil, conflictos interpersonales, violencia intrafamiliar, trastorno mental, entre otras) | ○ SI | ✓ NO

**37.** Familias con prácticas de cuidado de salud críticas de varios de sus integrantes que ponen en riesgo o han afectado en la salud (Hábitos alimentarios, situaciones de abandono) | ○ SI | ✓ NO

**38.** Familia con integrantes con antecedentes de Ca, HTA, Diabetes, Asma, Enfermedad cardiaca, otra | ○ SI | ✓ NO

**38.2** Si la respuesta es si indique cuales

**38.3** Recibe tratamiento | ○ SI | ○ NO

**39.** Cómo obtiene sus alimentos | ○ 1. Cultiva | ○ 2. Cría de animales | ○ 3. Cacería | ○ 4. Recolección de alimentos | ○ 5. Trueque o intercambio | ○ 6. Compra | ○ 7. Asistencia del Estado | ○ 8. Ayuda humanitaria | ○ 9. Otra

**39.2** Cuál?

## 2.3. Prácticas o condiciones protectoras para el cuidado de la salud predominantes en la familia

**40.** Hábitos de vida saludable adaptado a las condiciones contextuales y culturales de la familia y sus integrantes. | ○ SI | ✓ NO

**41.** Recursos socioemocionales que potencian el cuidado de la salud de la familia | ○ SI | ✓ NO

**42.** Prácticas para el cuidado y protección de los entornos | ○ SI | ✓ NO

**43.** Prácticas de favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas | ○ SI | ✓ NO

**44.** Recursos sociales y comunitarios para el establecimiento de redes colectivas para la promoción de la salud. | ○ SI | ✓ NO

**45.** Prácticas para la conservación de la autonomía y la capacidad funcional de las personas mayores. | ○ SI | ✓ NO

**46.** Prácticas para la prevención de enfermedades en todas las edades. | ○ SI | ✓ NO

**47.** Prácticas de cuidado desde los saberes ancestrales/tradicionales (aplica para poblaciones y comunidades indígenas, negras afrocolombianas, raizales, palenqueras y rom) | ○ SI | ✓ NO

**48.** Capacidades de las familias para el ejercicio y exigibilidad del derecho a la salud | ○ SI | ✓ NO

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| **49.** Primer Nombre | Ingns | **50.** Segundo Nombre | |
| **51.** Primer Apellido | Sanchez | **52.** Segundo Apellido | Vorandica |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | CC | **54.** Número de identificación | 1003037865 | **55.** Fecha de nacimiento | AAA 1985 | MM 05 | DD 01 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **56.** Sexo | ○ 1. Hombre | **57.** Rol dentro de la familia | ○ 1. Jefe(a) de familia | | | | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | | |
| ✓ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | ○ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro | Cuál | | | |

| | |
|---|---|
| **58.** Ocupación | Ama de Casa |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **59.** Nivel Educativo | | **60.** Régimen de afiliación | ✓ 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | | **61.** EAPB | Nueva EPS |
| | | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **62.** Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ✓ 7. Ninguna | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **63.** Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | **64.** Comunidad o pueblo indígena | |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ✓ 7. Ninguna | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **65.** Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ✓ 9. Ninguna | |

| | | |
|---|---|---|
| **66.** El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ✓ NO |

## 3.2. Situaciones o condiciones de salud

| | | |
|---|---|---|
| **67.** Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ⊗ NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **68.** Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud | | | ○ 1. Valoración Integral para la PYMS |
| ○ 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | | ○ 4. Aplicación de flúor |
| ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo |
| ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ○ 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ○ 13. Tamizaje para ITS | ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino |
| ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto |
| ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad |
| ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio | | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido |
| ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ○ 25. Educación para la salud | | ⊗ 26. Ninguna |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **69.** Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud | | | ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud |
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | | ○ 7. Persona enferma |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura |
| ○ 12. No afiliado | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **70.** ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ○ NO | **71.** Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ○ NO |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **72.** Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) | | **73.** Es menor de 5 años? | ○ SI | ○ NO |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **74.** Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) | 65 kg | **74.2** Talla (en centímetros) | 160 cm |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **75.** Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla | ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | | |

| | |
|---|---|
| **76.** Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial | |

| | | |
|---|---|---|
| **77.** Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda | | |
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara | |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen | |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento | |

| | | |
|---|---|---|
| **78.** ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI | ○ NO |

| | |
|---|---|
| **78.2** Cuáles | |
| | |

| | | |
|---|---|---|
| **79.** ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ○ NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **80.** Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención | | | |
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **81.** Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional? | | | |
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ○ No aplica |

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| **49.** Primer Nombre | Luis | **50.** Segundo Nombre | Eduardo |
| **51.** Primer Apellido | Rojas | **52.** Segundo Apellido | Barreto |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | RC | **54.** Número de identificación | 1065683091 | **55.** Fecha de nacimiento | AAA 2023 | MM 12 DD 24 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **56.** Sexo | ○ 1. Hombre | **57.** Rol dentro de la familia | ○ 1. Jefe(a) de familia | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | | | | |
| ○ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | ○ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ☒ 6. Otro | Cuál | Nieto | |

| | |
|---|---|
| **58.** Ocupación | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **59.** Nivel Educativo | **60.** Régimen de afiliación | ☒ 1. Subsidiado ○ 2. Contributivo | **61.** EAPB |
| | ○ 3. Especial ○ 4. Excepción ○ 5. No afiliado | | Nueva Eps |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **62.** Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ☒ 7. Ninguna | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **63.** Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | **64.** Comunidad o pueblo indígena |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ☒ 7. Ninguna | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **65.** Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ☒ 9. Ninguna | |

| | | |
|---|---|---|
| **66.** El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ☒ NO |

## 3.2. Situaciones o condiciones de salud

| | | |
|---|---|---|
| **67.** Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ⊘ NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **68.** Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud | | | ○ 1. Valoración Integral para la PYMS |
| ○ 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | | ○ 4. Aplicación de flúor |
| ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo |
| ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ○ 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ○ 13. Tamizaje para ITS | ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino |
| ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto |
| ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad |
| ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio | | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido |
| ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ○ 25. Educación para la salud | | ⊘ 26. Ninguna |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **69.** Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud | | | ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud |
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | | ○ 7. Persona enferma |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura |
| ○ 12. No afiliado | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **70.** ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ○ NO | **71.** Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ○ NO |
| **72.** Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) | | | **73.** Es menor de 5 años? | ○ SI | ○ NO |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **74.** Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) | 12.5 Kg | **74.2** Talla (en centímetros) | 84 cm |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **75.** Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla | ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | |

| | |
|---|---|
| **76.** Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial | |

| | | |
|---|---|---|
| **77.** Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda | | |
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara | |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen | |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento | |

| | | |
|---|---|---|
| **78.** ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI | ○ NO |

| | |
|---|---|
| **78.2** Cuáles | |
| | |

| | | |
|---|---|---|
| **79.** ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ○ NO |

| | | |
|---|---|---|
| **80.** Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención | | |
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **81.** Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional? | | | |
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ○ No aplica |

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| **49.** Primer Nombre | | **50.** Segundo Nombre | |
| **51.** Primer Apellido | | **52.** Segundo Apellido | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | | **54.** Número de identificación | | **55.** Fecha de nacimiento | AAA | MM DD |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **56.** Sexo | ○ 1. Hombre | ○ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | **57.** Rol dentro de la familia | ○ 1. Jefe(a) de familia | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | |
| | | | | ○ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro Cuál |

| | |
|---|---|
| **58.** Ocupación | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **59.** Nivel Educativo | **60.** Régimen de afiliación | ○ 1. Subsidiado ○ 2. Contributivo ○ 3. Especial ○ 4. Excepción ○ 5. No afiliado | **61.** EAPB |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **62.** Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ○ 7. Ninguna | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **63.** Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | **64.** Comunidad o pueblo indígena |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ○ 7. Ninguna | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **65.** Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ○ 9. Ninguna | |

| | | |
|---|---|---|
| **66.** El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ○ NO |

## 3.2. Situaciones o condiciones de salud

| | | |
|---|---|---|
| **67.** Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ○ NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **68.** Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud | ○ 1. Valoración Integral para la PYMS | | |
| ○ 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | ○ 4. Aplicación de flúor | |
| ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo | |
| ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito | |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ○ 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ○ 13. Tamizaje para ITS | ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino |
| ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto | |
| ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad | |
| ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido | |
| ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ○ 25. Educación para la salud | ○ 26. Ninguna | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **69.** Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud | ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | | |
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | ○ 7. Persona enferma | |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura |
| ○ 12. No afiliado | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **70.** ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ○ NO | **71.** Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ○ NO |
| **72.** Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) | | | **73.** Es menor de 5 años? | ○ SI | ○ NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **74.** Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) | | **74.2** Talla (en centímetros) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **75.** Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla | ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | | |

| | |
|---|---|
| **76.** Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial | |

| | | |
|---|---|---|
| **77.** Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda | | |
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara | |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen | |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento | |

| | | |
|---|---|---|
| **78.** ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI | ○ NO |

| | |
|---|---|
| **78.2** Cuáles | |
| | |

| | | |
|---|---|---|
| **79.** ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ○ NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **80.** Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención | | | |
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros | |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **81.** Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional? | | | |
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ○ No aplica |

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

### 3.1. Identificación de cada uno de los integrantes

| | | | |
|---|---|---|---|
| **49.** Primer Nombre | | **50.** Segundo Nombre | |
| **51.** Primer Apellido | | **52.** Segundo Apellido | |
| **53.** Tipo de identificación | | **54.** Número de identificación | |
| **55.** Fecha de nacimiento | AAA | MM | DD |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **56.** Sexo | ○ 1. Hombre | ○ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | | | |
| **57.** Rol dentro de la familia | ○ 1. Jefe(a) de familia | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | ○ 3. Hijo(a) | ○ 4. Hermano(a) | ○ 5. Padre o madre | ○ 6. Otro Cuál |

| | |
|---|---|
| **58.** Ocupación | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **59.** Nivel Educativo | | | | | |
| **60.** Régimen de afiliación | ○ 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado |
| **61.** EAPB | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **62.** Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | ○ 3. Personas adulta mayor | |
| ○ 4. Persona con condición de discapacidad | ○ 5. Personas con orientación sexual diversa | ○ 6. Víctimas de violencia | ○ 7. Ninguna | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **63.** Pertenencia étnica | ○ 1. Indígena | ○ 2. ROM (Gitano) | ○ 3. Raizal | |
| ○ 4. Palenquero | ○ 5. Negro, Mulato, Afro | ○ 6. Otra | ○ 7. Ninguna | |
| **64.** Comunidad o pueblo indígena | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **65.** Reconoce alguna discapacidad | ○ 1. Física | ○ 2. Auditiva | ○ 3. Visual | ○ 4. Sordoceguera | |
| ○ 5. Intelectual | ○ 6. Psicosocial (mental) | ○ 7. Múltiple | ○ 8. Otra | ○ 9. Ninguna | |

| | | |
|---|---|---|
| **66.** El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica | ○ SI | ○ NO |

## 3.2. Situaciones o condiciones de salud

| | | |
|---|---|---|
| **67.** Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | ○ NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **68.** Intervenciones pendientes de promoción y mantenimiento de la salud | | | ○ 1. Valoración Integral para la PYMS |
| ○ 2. Valoración integral por profesional en odontología para la PYMS | ○ 3. Promoción y apoyo a lactancia materna | | ○ 4. Aplicación de flúor |
| ○ 5. Profilaxis y remoción de placa bacteriana | ○ 6. Vacunación de acuerdo con el esquema | | ○ 7. Fortificación casera con micronutrientes en polvo |
| ○ 8. Suplementación con micronutrientes | ○ 9. Desparasitación intestinal antihelmíntica | | ○ 10. Tamizaje para anemia - Hemoglobina y hematocrito |
| ○ 11. Planificación familiar y anticoncepción | ○ 12. Tamizaje de riesgo cardiovascular | ○ 13. Tamizaje para ITS | ○ 14. Tamizaje para cáncer de cuello uterino |
| ○ 15. Tamizaje para cáncer de mama | ○ 16. Tamizaje para cáncer de próstata | | ○ 17. Tamizaje para cáncer de colon y recto |
| ○ 18. Atención para el cuidado preconcepcional | ○ 19. Atención para el cuidado prenatal – Controles prenatales | | ○ 20. Curso de preparación para la maternidad y paternidad |
| ○ 21. Interrupción Voluntaria del Embarazo | ○ 22. Atención del puerperio | | ○ 23. Atención para el seguimiento del recién nacido |
| ○ 24. Preparación para la maternidad y la paternidad | ○ 25. Educación para la salud | | ○ 26. Ninguna |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **69.** Motivo por el cual no ha recibido las atenciones de promoción y mantenimiento de la salud | | | ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud |
| ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera | | ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología |
| ○ 5. Desconocimiento del derecho a las intervenciones de DTPE | ○ 6. Desconocimiento que las intervenciones son gratuitas | | ○ 7. Persona enferma |
| ○ 8. Persona hospitalizada | ○ 9. Orden médica por enfermedad | ○ 10. Falta de tiempo del cuidador | ○ 11. Rechazo de la atención por tradición o cultura |
| ○ 12. No afiliado | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **70.** ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ○ NO | **71.** Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ○ NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **72.** Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses) | | **73.** Es menor de 5 años? | ○ SI ○ NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **74.** Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) | | **74.2** Talla (en centímetros) |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **75.** Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla | ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepeso | ○ 3. Riesgo de Sobrepeso | ○ 4. Peso Adecuado para la Talla |
| ○ 5. Riesgo de Desnutrición Aguda | ○ 6. Desnutrición Aguda Moderada | | ○ 7. Desnutrición Aguda Severa | |

| | |
|---|---|
| **76.** Medida complementaria identificación de riesgo de muerte por desnutrición aguda , Perimetro Braquial | |

| | |
|---|---|
| **77.** Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda | |
| ○ 1. Cabeza | ○ 2. Cara |
| ○ 3. Piel | ○ 4. Tórax y abdomen |
| ○ 5. Extremidades | ○ 6. Comportamiento |

| | |
|---|---|
| **78.** ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: Diarrea o soltura de estomago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. | ○ SI ○ NO |
| **78.2** Cuáles | |

| | | |
|---|---|---|
| **79.** ¿Esta recibiendo atención y tratamiento para la enfermedad actual? | ○ SI | ○ NO |

| | | |
|---|---|---|
| **80.** Si la respuesta a la pregunta anterior es NO. Marque con X el motivo por el cual no ha recibido la atención | | |
| ○ 1. Lugar de atención lejano, cerrado o ausencia del profesional de salud | ○ 2. Horarios de atención restringidos | ○ 3. Largos tiempos de espera |
| ○ 4. No había disponibilidad de la tecnología | ○ 5. Falta de tiempo del cuidador | ○ 6. Tratamiento con remedios caseros |
| ○ 7. Rechazo de la atención por tradición o cultura | ○ 8. No afiliado | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **81.** Si pertenece a población étnica. Actualmente es acompañado u orientado por algún agente de la medicina tradicional? | | | |
| ○ 1. Médico tradicional | ○ 2. Partera | ○ 3. Sabedor de la salud propia | ○ No aplica |

## 4. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

### 4.1. Características y condiciones del entorno y de la vivienda

**82.** Tipo de vivienda: (X) 1. Casa | ○ 2. Casa Indígena | ○ 3. Carpa | ○ 4. Apartamento | ○ 5. Pieza/ Cuarto en Inquilinato | ○ 6. Contenedor | ○ 7. Embarcación | ○ 8. Vagón | ○ 9. Refugio Natural | ○ 10. Cueva | ○ 11. Puente | ○ 12. Otro | **85.2** ¿Cuál?

**83.** ¿Cuál es el material predominante de las paredes? ○ 1. Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida | ○ 2. Tapia pisada, adobe | (X) 3. Bahareque | ○ 4. Material prefabricado | ○ 5. Madera burda, tabla, tablón | ○ 6. Guadua, casa, esterilla, otro vegetal | ○ 7. Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico | ○ 8. Sin paredes | ○ 9. Otro | **83.2** ¿Cuál?

**84.** ¿Cuál es el material predominante del piso de la vivienda? ○ 1. Alfombra o tapete, mármol, parque, madera pulida y lacada | ○ 2. Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo | ○ 3. Cemento, gravilla | ○ 4. Madera burda, madera en mal estado, tabla, tablón | (X) 5. Tierra o arena | ○ 6. Otro | **84.2** ¿Cuál?

**85.** ¿Cuál es el material predominante del techo? ○ 1. Concreto | ○ 2. Tejas de barro | ○ 3. Fibrocemento | (X) 4. Zinc | ○ 5. Palma o paja | ○ 6. Plástico | ○ 7. Desechos (cartón, lata, tela, sacos, etc) | ○ 8. Otro | **85.2** ¿Cuál?

**86.** ¿De cuántos cuartos o piezas dormitorio dispone esta vivienda?

**87.** Hacinamiento ○ SI ○ NO

**88.** Se identifican algunos de los siguientes escenarios de riesgo de accidente en la vivienda

○ 1. Objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños | ○ 2. Sustancias químicas al alcance de los niños | ○ 3. Medicamentos al alcance de los niños | ○ 4. Velas, velones, incienso encendidos en la vivienda | ○ 5. Conexiones eléctricas en mal estado o sobrecargadas | ○ 6. Botones, canicas entre otros objetos pequeños o con piezas que puedan desmontarse, al alcance de los niños | ○ 7. Pasillos obstruidos con juguetes, sillas u otros objetos | ○ 8. Superficies resbaladizas, suelos con agua, grasas, aceites, entre otros | ○ 9. Tanques o recipientes de almacenamiento de agua sin tapa | ○ 10. Escaleras sin protección

**89.** Desde la vivienda se puede acceder fácilmente a: (X) 1. Medios de transporte (Buses, autos, camiones, lanchas, etc) | ○ 2. Parques, y áreas deportivas, Centros sociales y/o recreacionales | ○ 3. Instituciones educativas | ○ 4. Servicios de salud | ○ 5. Ninguna

**90.** ¿Cuál fuente de energía o combustible que se usa para cocinar?

○ 1. Electricidad | (X) 2. Gas natural | ○ 3. Gas Liquado del petroleo (gas propano) | ○ 4. Leña, madera o carbón de leña | ○ 5. Petróleo, gasolina, kerosén, alcohol | ○ 6. Carbón mineral | ○ 7. Materiales de desecho | ○ 8. Otro | **90.2** ¿Cuál?

**91.** ¿Se observa cerca de la vivienda o dentro de ella s criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? ○ SI (X) NO

**91.2** Cuál(es)?

### 4.2. Oficios u ocupaciones que se desarrollan en la vivienda o su entorno inmediato (peridomicilio)

**92.** Observe si cerca de la vivienda hay alguno de los siguientes:

○ 1. Cultivos | ○ 2. Apriscos | ○ 3. Porquerizas | ○ 4. Galpones | ○ 5. Terrenos baldíos | ○ 6. Presencia de Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, et . | ○ 7. Ruido o sonidos desagradables | ○ 8. Malos olores | ○ 9. Sitios satélites de disposición de excretas | ○ 10. Rellenos sanitarios/botaderos | ○ 11. Industrias Contaminantes (del sector energético, minero, transporte, construcción, manufacturera, entre otros) | ○ 12. Contaminación visual | ○ 13. Río o quebrada | ○ 14. Planta de tratamiento de agua residual | ○ 15. Extracción minera | ○ 16. Canales de agua lluvia | ○ 17. Vías de tráfico vehícular | ○ 18. Quemas a cielo abierto | ○ 19. Otro

**92.2** Especifique

**93.** ¿Al interior de la vivienda se realiza alguna actividad económica? (X) SI ○ NO

**94.** Señale los animales que conviven con la familia dentro de la vivienda o en su entorno inmediato, e indique cuantos son:

○ 1. Perros | (X) 2. Gato | ○ 3. Porcinos | ○ 4. Bóvidos: Búfalos, vacas, toros | ○ 5. Equidos: Asnos, mulas, caballos, burros | ○ 6. Ovinos / caprino | ○ 7. Aves de producción | ○ 8. Aves ornamentales | ○ 9. Peces ornamentales, hamster | ○ 10. Cobayos, conejos | ○ 11. Animales silvestres | ○ 11. Otro | **94.2** Cuál? | **94.3** Registrar Cantidad: 1 gato

## 4.3. Agua y saneamiento básico

**95.** ¿Cuál es la principal fuente de abastecimiento de agua para consumo humano en la vivienda?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| (1) 1. Acueducto administrado por empresa prestadora (ESP) | ○ 2. Agua embotellada o en bolsa | ○ 3. Acueducto veredal o comunitario | ○ 4. Pila pública | | |
| ○ 5. Carro tanque | ○ 6. Abasto con distribución comunitaria | ○ 7. Pozo con bomba | ○ 8. Pozo sin bomba, aljibe, jagüey o barreno | ○ 9. Laguna o jagüey | |
| ○ 10. Río, quebrada, manantial o nacimiento | ○ 11. Aguas lluvias | ○ 12. Aguatero | ○ 13. Otro | **95.2** Cuál | |

**96.** ¿Cuál es el sistema de disposición de excretas en la vivienda?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| (1) 1. Sanitario conectado al alcantarillado | ○ 2. Sanitario y letrina | ○ 3. Sanitario conectado a pozo séptico | ○ 4. Sanitario ecológico seco | | |
| ○ 5. Sanitario sin conexión | ○ 6. Sanitario con disposición a fuente hídrica | ○ 7. Campo abierto | ○ 8. Otro | **96.2** Cuál? | |

**97.** ¿Cuál es el sistema de disposición de aguas residuales domésticas en la vivienda?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| (1) 1. Alcantarillado | ○ 2. Pozo séptico | ○ 3. Campo de oxidación | ○ 4. Biofiltro | ○ 5. Fuente hídrica | ○ 6. Campo abierto |
| ○ 7. Otro | **97.2** Cuál? | | | | |

**98.** ¿Como se realiza la disposición final de los residuos sólidos ordinarios de la vivienda?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| (1) 1. Recolección por parte del servicio de aseo distrital o municipal | ○ 2. Enterramiento | ○ 3. Quema a campo abierto | | |
| ○ 4. Disposición en fuentes de agua cercana | ○ 5. Disposición a campo abierto | ○ 6. Otro | **98.2** Cuál? | |

ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL-CESAR
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
HOSPITAL SAN JOSE

REGISTRO DE ASISTENCIA

Página_____de_____ 15

**MUNICIPIO: BECERRIL** | **LUGAR:** Barrio el Carmen | **Fecha: D:** 16 **M:** 06 **A:** 2025 **Hora:** 9:00 am

**ACTIVIDAD:Realizar doscientas diecinueve (219) visitas en el entorno hogar en los microterritorios priorizados;para desarrollar acciones de educación y comunicación para la salud,en el marco de la estrategia APS, con el fin de educaren promoción y prevención de la tuberculosis, factores de riesgo, beneficiando aproximadamente a 800 personas, entrega de material educativo.**

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÓN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Ingris sanches | 1003037865 | cc | 3205478922 | X | | 4 | Amadecasa | | | | X | carme | | | | | | X | | | | | | | | X | | Ingris |
| 2 | LUIS ROJAS | 1065683091 | cc | 1111 | | X | 2 | | | | | X | carme | | | | | | x | | | | | | | | X | | LUIS ROJAS |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |