COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

24

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	UTPE 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			
7. Dirección		8. Geopunto (online-offline) y altitud	
9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia)	9,71547 lng -73,8369		

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	1064 IPS
17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización	200 45 0036
18. Perfil de quien realiza la evaluación de necesidades en salud - caracterización	Aux en Enfermeria.
19. Código de la ficha	
20. Fecha diligenciamiento 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	Mercedes	**50.** Segundo Nombre	
51. Primer Apellido	Yevet	**52.** Segundo Apellido	Pedroza

53. Tipo de identificación	CC	**54.** Número de identificación	26723226	**55.** Fecha de nacimiento	AAA 1960	MM 03	DD 06		
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	Ama de Casa

59. Nivel Educativo	Quinto 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	○ 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 cuándo recibió lactancia materna? (en meses)		**73.** Es menor de 5 años?	○ SI / ○ NO

74. Resultado de toma de medidas antropométricas	**74.1** Peso (en Kilogramos)	70 kg	**74.2** Talla (en centímetros)	1,58

75. Diagnóstico nutricional indicador 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 Perímetro Braquial	

77. Se identifican signos fisicos de desnutrición aguda		**78.** ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: ¿Diarrea o soltura de estómago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad.	⊖ SI / ○ NO
○ 1. Cabeza	○ 2. Cara		
⊖ 3. Piel	⊖ 4. Tórax y abdomen	**78.2** Cuáles	
○ 5. Extremidades	○ 6. Comportamiento		

79. ¿Está 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	Angel	**50.** Segundo Nombre	
51. Primer Apellido	Castillo	**52.** Segundo Apellido	Perez.

53. Tipo de identificación	CC	**54.** Número de identificación	6,688351	**55.** Fecha de nacimiento	AAA 1974	MM 01	DD 03

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	Oficios Varios

59. Nivel Educativo	Bachiller	**60.** Régimen de afiliación	○ 1. Subsidiado	○ 2. Contributivo	○ 3. Especial	○ 4. Excepción	○ 5. No afiliado
61. EAPB	Nuevo 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 cuándo recibió lactancia materna? (en meses)			**73.** Es menor de 5 años?	○ SI	○ NO
74. Resultado de toma de medidas antropométricas	**74.1** Peso (en Kilogramos)	75 kg	**74.2** Talla (en centímetros)	1,66	

75. Diagnóstico nutricional indicador 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 Perímetro Braquial	

77. Se identifican signos físicos de desnutrición aguda		**78.** ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: ¿Diarrea o soltura de estómago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad.	⊖ SI
			○ NO
○ 1. Cabeza	○ 2. Cara	**78.2** Cuáles.	
⊖ 3. Piel	⊖ 4. Tórax y abdomen		
○ 5. Extremidades	○ 6. Comportamiento		

79. ¿Está 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?

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 ellas criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? ○ SI ◉ 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 vehicular | ○ 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. Équidos: 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. ¿Cómo 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_____ 24

MUNICIPIO: BECERRIL	**LUGAR:** Barrio el carmen	**Fecha: D:** 27 **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	mercedes yepez	26723226	cc	3203478270	X		60	Ama de casa				X	carmen						X							X		mercedes
2	ANGEL CANTILLO	6,688357	cc	1111		X	57	OFICIOS VARIOS				X	carmen						X							X		ANGEL
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

23

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	UZPE OLO
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			
7. Dirección		8. Geopunto (online-offline) y altitud	
9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia)	9,71555 lng -73,28323		
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	200 4500 39	
17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización	106411036	
18. Perfil de quien realiza la evaluación de necesidades en salud - caracterización	AUX enfermería	
19. Código de la ficha		20. Fecha diligenciamiento 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 sí 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	Luz	**50.** Segundo Nombre	Estela
51. Primer Apellido	Zuñiga	**52.** Segundo Apellido	Martinez.

53. Tipo de identificación	CC	**54.** Número de identificación	1067718717	**55.** Fecha de nacimiento	AAA 1966	MM 06	DD 30

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		
Ninguno		○ 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 cuándo recibió lactancia materna? (en meses)			**73.** Es menor de 5 años?	○ SI ○ NO

74. Resultado de toma de medidas antropométricas	**74.1** Peso (en Kilogramos)	68 Kg	**74.2** Talla (en centímetros)	1.57

75. Diagnóstico nutricional indicador 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 Perímetro 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 estómago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad.	⊖ SI
	○ NO
78.2 Cuáles	

79. ¿Está 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	Alberto
51. Primer Apellido	Montaño	**52.** Segundo Apellido	Carpi
53. Tipo de identificación	cc	**54.** Número de identificación	
55. Fecha de nacimiento	AAA 1962	MM 07	DD 25

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: Independiente.

59. Nivel Educativo	**60.** Régimen de afiliación	(●) 1. Subsidiado	○ 2. Contributivo	**61.** EAPB: Dusakawi
	○ 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 cuándo recibió lactancia materna? (en meses)			**73.** Es menor de 5 años?	○ SI	○ NO

74. Resultado de toma de medidas antropométricas	**74.1** Peso (en Kilogramos)	60 kg	**74.2** Talla (en centímetros)	1,66

75. Diagnóstico nutricional indicador 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 Perímetro Braquial	

77. Se identifican signos físicos de desnutrición aguda		**78.** ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: ¿Diarrea o soltura de estómago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad.	⊖ SI
○ 1. Cabeza	○ 2. Cara		○ NO
⊖ 3. Piel	⊖ 4. Tórax y abdomen	**78.2** Cuáles	
○ 5. Extremidades	○ 6. Comportamiento		

79. ¿Está 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?

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 ellas criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? | ○ SI | (●) 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 vehicular | ○ 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. Équidos: 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. ¿Cómo 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_____ 25

MUNICIPIO: BECERRIL | **LUGAR:** Barrio el Carmen | **Fecha: D:** 27 **M:** 06 **A:** 2025 | **Hora:** 9:10 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	Luz Zuñiga	1067778777		3166722237	X		57	Ama de casa				X	carmen						X							X		Luz Zuñiga
2	luiz montaño			1111		X	63	independiente				X	carmen						X							X		Luz
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

22

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	UZPE 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			
7. Dirección		8. Geopunto (online-offline) y altitud	
9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia)	9,71559 lng -73.28329		

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 3

1.2. Identificación del encuestador

15. Número de identificación del Equipo Básico de Salud (EBS)	DIC	
16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS	200 4500 39	
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 diligenciamiento 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	3	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	Lorena	**50.** Segundo Nombre	
51. Primer Apellido	Amaya	**52.** Segundo Apellido	Cortes

53. Tipo de identificación	CC	**54.** Número de identificación	1062899362	**55.** Fecha de nacimiento	AAA 1992	MM 03	DD 03

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	Tecnica	**60.** Régimen de afiliación	● 1. Subsidiado	○ 2. Contributivo	**61.** EAPB	Cajacopi	
		○ 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 cuándo recibió lactancia materna? (en meses)			**73.** Es menor de 5 años?	○ SI	○ NO

74. Resultado de toma de medidas antropométricas	**74.1** Peso (en Kilogramos)	55 kg	**74.2** Talla (en centímetros)	1,62

75. Diagnóstico nutricional indicador 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 Perímetro 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 estómago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad.	⊘ SI	
	○ NO	
78.2 Cuáles		

79. ¿Está 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	Salome	**50.** Segundo Nombre	
51. Primer Apellido	Cantillo	**52.** Segundo Apellido	Amaya

53. Tipo de identificación	CC	**54.** Número de identificación	1062820209	**55.** Fecha de nacimiento	AAA 2013	MM 11	DD 02

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	Primera Infancia

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

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 cuándo recibió lactancia materna? (en meses)

73. Es menor de 5 años? ○ SI ○ NO

74. Resultado de toma de medidas antropométricas — **74.1** Peso (en Kilogramos) 9,5 Kg — **74.2** Talla (en centímetros) 68 cm.

75. Diagnóstico nutricional indicador 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 Perímetro Braquial

77. Se identifican signos físicos 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 estómago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad. ⊖ SI ○ NO

78.2 Cuáles

79. ¿Está 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	Fernando	**50.** Segundo Nombre	
51. Primer Apellido	Cantillo	**52.** Segundo Apellido	Yepez.

53. Tipo de identificación	CC	**54.** Número de identificación	1063487529	**55.** Fecha de nacimiento	AAA 1989	MM 12	DD 15

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	Maestro de obra

59. Nivel Educativo	**60.** Régimen de afiliación	(●) 1. Subsidiado	○ 2. Contributivo
Bachiller	○ 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 cuándo recibió lactancia materna? (en meses)			**73.** Es menor de 5 años?	○ SI	○ NO
74. Resultado de toma de medidas antropométricas	**74.1** Peso (en Kilogramos)	62 kg	**74.2** Talla (en centímetros)	1,70.	

75. Diagnóstico nutricional indicador 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 Perímetro Braquial

77. Se identifican signos físicos 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 estómago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad.

⊖ SI ○ NO

78.2 Cuáles

79. ¿Está 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?

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 ellas criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? ○ SI (●) 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 vehicular ○ 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. Équidos: 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 2

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. ¿Cómo 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_____ 26

MUNICIPIO: BECERRIL	LUGAR: Barrio el carmen	Fecha: D:27 M:06 A: 2025 Hora: 9:30 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	lorena Amaya	1062809362	CC	3225623857	X		33	Amade casa				X	carmen						X							X		lorena
2	Salome cantillo	1062820209	TI	1 1 1	X		12	primaria				X	carmen						X							X		Salome
3	fernando cantillo	1063487529	CC	11 11		X	36	maestro				X	carmen						X							X		fernando cantillo
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													