15

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

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	U Z Pe 020
3. Municipio / Área no municipalizada	Becerril	02045	
4. Territorio		ID:	Serial:
5. Microterritorio	Caimen	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 9,71392 long -73,281		
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 434
17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización	1065568889
18. Perfil de quien realiza la evaluación de necesidades en salud - caracterización	Aux enfermera
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	Jose	**50.** Segundo Nombre	Luis
51. Primer Apellido	Bolaño	**52.** Segundo Apellido	

53. Tipo de identificación	CC	**54.** Número de identificación	12567885	**55.** Fecha de nacimiento	AAA 1976	MM 08	DD 24

56. Sexo	X 1. Hombre	○ 2. Mujer	○ 3. Indeterminado	**57.** Rol dentro de la familia	X 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	**60.** Régimen de afiliación	○ 1. Subsidiado	X 2. Contributivo	○ 3. Especial	○ 4. Excepción	○ 5. No afiliado	**61.** EAPB
Bachiller							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	X 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	X 7. Ninguna		

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

66. El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica	○ SI	X 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) | 40kg | **74.2** Talla (en centímetros) | 1.83 cm

75. Diagnóstico nutricional inidicador Peso para la talla | ○ 1. Obesidad | ○ 2. Sobrepèso | ○ 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	Marlenis	50. Segundo Nombre	Yaiduny
51. Primer Apellido	Munoz	52. Segundo Apellido	Sanchez
53. Tipo de identificación	PPT	54. Número de identificación	5796731
55. Fecha de nacimiento	AAA 1980	MM 11	DD 01

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

58. Ocupación	Oficios varios

59. Nivel Educativo	Tecnico	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	(X) 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	(X) 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	(X) NO	**71.** Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva?	○ SI	(X) NO
72. Si es menor de 2 años, ¿hasta cuando recibio lactancia materna? (en meses)			**73.** Es menor de 5 años?	○ SI	(X) NO

74. Resultado de toma de medidas antropométricas	**74.1** Peso (en Kilogramos)	60 KG	**74.2** Talla (en centímetros)	1.51 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	(X) 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?	(X) 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			
(X) 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	(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?	2	**87.** Hacinamiento	○ SI	○ NO

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

(X) 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	(X) 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)			
(X) 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	**91.2** Cuál(es)?	
	(X) 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	(X) 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)				
(X) 12. Contaminación visual	○ 13. Río o quebrada	○ 14. Planta de tratamiento de agua residual	○ 15. Extracción minera	
(X) 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
	(X) NO

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

(X) 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	4perro3gato

4.3. Agua y saneamiento básico

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

(X) 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?

(X) 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?

(X) 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?

(X) 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____ 33

MUNICIPIO: BECERRIL | **LUGAR:** barrio El Carmen | **Fecha: D:** 07 **M:** 07 **A:** 2025 | **Hora:** 6:37 am

ACTIVIDAD: Realizar (219) visitas en el entorno hogar en los microterritorios priorizados, para desarrollar acciones de educación y comunicación en Salud, en la estrategia APS, con el fin de educar en la promoción y prevención de la tuberculosis, factores de riesgos, beneficiando aproximadamente a 600 personas en materia de estudio.

Número	Nombre y Apellidos	IDENTTIFICACIÒN	TIPO DE IDENTIFICACION	No. Celular	SEXO		EDAD	OCUPACIÒN	ENTORNO				ENTIDAD/BARRIO	CONDICIÒN						TIPO DE POBLACIÒN						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	Joselus Bolaño	12567885	CC	3145778120		X	48	Oficios varios				X	El Carmen						X								X	Joselus Bolaño
2	Mayelis Montiel	5196731	PPT	" "	X		35	Oficios varios				X	El Carmen						X								X	Mayelis M
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

14

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	U2 Perijá
3. Municipio / Área no municipalizada	Becerril	02045	
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 9.713 91 long -73.88118		
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)	PIC
16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS	700 4500 439
17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización	1065568879
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	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 | ○ 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	Jose	**50.** Segundo Nombre	Alonso
51. Primer Apellido	Giraldo	**52.** Segundo Apellido	Gonzales
53. Tipo de identificación	ee	**54.** Número de identificación	703 53 515
55. Fecha de nacimiento	AAAA 1980	MM 02	DD 02

56. Sexo	(X) 1. Hombre	○ 2. Mujer	○ 3. Indeterminado	**57.** Rol dentro de la familia	(X) 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	Empleado "Otras veces"

59. Nivel Educativo	6°	**60.** Régimen de afiliación	(X) 1. Subsidiado	○ 2. Contributivo	○ 3. Especial	○ 4. Excepción	○ 5. No afiliado
61. EAPB	Coosalud						

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	(X) 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	(X) 7. Ninguna	

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

66. El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica	○ SI	(X) 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) 65kg | **74.2** Talla (en centímetros) 170cm

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	Johana	**50.** Segundo Nombre	Patricia
51. Primer Apellido	Amaya	**52.** Segundo Apellido	Nuñez

53. Tipo de identificación	CC	**54.** Número de identificación	42401 111	**55.** Fecha de nacimiento	AAA 1985	MM 07	DD 23

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	Primaria	**60.** Régimen de afiliación	☒ 1. Subsidiado	○ 2. Contributivo	○ 3. Especial	○ 4. Excepción	○ 5. No afiliado	**61.** EAPB	Caprecom

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)	55 Kg	**74.2** Talla (en centímetros)	1.60 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	Eliana	**50.** Segundo Nombre	Marcela
51. Primer Apellido	Guigido	**52.** Segundo Apellido	Amaya

53. Tipo de identificación	TI	**54.** Número de identificación	1044223200	**55.** Fecha de nacimiento	AAA 2013	MM 11	DD 10

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	Estudiante

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

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)	31/49	**74.2** Talla (en centímetros)	1.22.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

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?	(X) 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			
(X) 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	(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?	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
(X) 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	(X) 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)			
(X) 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	**91.2** Cuál(es)?	
	(X) 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	(X) 5. Terrenos baldíos
○ 6. Presencia de Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, et	○ 7. Ruido o sonidos desagradables			(X) 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)				
(X) 12. Contaminación visual	○ 13. Río o quebrada	○ 14. Planta de tratamiento de agua residual	○ 15. Extracción minera	
(X) 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
	(X) 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. 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____ 37.

MUNICIPIO: BECERRIL | **LUGAR:** El Carmen | **Fecha: D:** 07 **M:** 07 **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 educar en promocion 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	OCUPACIÒN	ENTORNO				ENTIDAD/BARRIO	CONDICIÒN						TIPO DE POBLACIÒN						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	Jose Giraldo	7035357 5	CC	3046291074	/	X	40	Oficios varios				X	Carmen					X									X		Jose Giraldo
2	Joana Amaya	42401111	CC	11 1/	X		35	Ama de casa				X	Carmen						X								X		Joana Amaya
3	Ellanis Giraldo Amaya	1042232507	TI	11 1/	X		15	Estudiante				X	Carmen					X									X		Ellanis G.
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

13

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	UZPE20
3. Municipio / Área no municipalizada	Becerril	02045	
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 9,71361 long -73,23161		
10. Número de Identificación de la familia		11. Estrato socieconómico de la vivienda	○ 1. Bajo-Bajo

○ 2. Bajo | X 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	4

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 439
17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización	1065508849
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 | X 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	Jhon	**50.** Segundo Nombre	smith
51. Primer Apellido	Meza	**52.** Segundo Apellido	Villa

53. Tipo de identificación	CC	**54.** Número de identificación	1003038519	**55.** Fecha de nacimiento	AAA 1989	MM 03	DD 25

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	**60.** Régimen de afiliación	☒ 1. Subsidiado	○ 2. Contributivo	**61.** EAPB	
Bachiller	○ 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) | [illegible]

73. Es menor de 5 años? | ○ SI | ⊗ NO

74. Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) 82 kg | **74.2** Talla (en centímetros) 1.70 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	Delania	**50.** Segundo Nombre	
51. Primer Apellido	Angle	**52.** Segundo Apellido	Gusman

53. Tipo de identificación	PE	**54.** Número de identificación	1062810004	**55.** Fecha de nacimiento	AAAA 2003	MM 10 DD 19

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	
Bachiller	○ 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)	52Kg	**74.2** Talla (en centímetros)	163 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		**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
○ 1. Cabeza	○ 2. Cara		⊗ NO
○ 3. Piel	○ 4. Tórax y abdomen	**78.2** Cuáles	
○ 5. Extremidades	○ 6. Comportamiento		

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	Valeria	**50.** Segundo Nombre	
51. Primer Apellido	Meza	**52.** Segundo Apellido	oñate
53. Tipo de identificación	TI	**54.** Número de identificación	1064813580
55. Fecha de nacimiento	AAA 2014 / MM 02 / DD 08		

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	6°	**60.** Régimen de afiliación	☒ 1. Subsidiado	○ 2. Contributivo	○ 3. Especial	○ 4. Excepción	○ 5. No afiliado	**61.** EAPB	Caprecom

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)	28 kg	**74.2** Talla (en centímetros)	1.70 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 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 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	Valentina	**50.** Segundo Nombre	
51. Primer Apellido	Meza	**52.** Segundo Apellido	Oñate

53. Tipo de identificación	TI	**54.** Número de identificación	1062815594	**55.** Fecha de nacimiento	AAA 2016	MM 05	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	Estudiante

59. Nivel Educativo	4°	**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)	30 Kg	**74.2** Talla (en centímetros)	1 mt	

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	Isaias	50. Segundo Nombre	David
51. Primer Apellido	Meza	52. Segundo Apellido	Ñate.

53. Tipo de identificación	RC	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: 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)	30 kg	74.2 Talla (en centímetros)	1 mt	

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 , 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 estomago 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. ¿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 | ⊗ 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 | 1 perro 1 gato 1 cerdo

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____ 35

MUNICIPIO: BECERRIL | **LUGAR:** Barrio el Carmen | **Fecha: D:** 07 **M:** 07 **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 educar en promocion 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	OCUPACIÒN	ENTORNO				ENTIDAD/BARRIO	CONDICIÒN						TIPO DE POBLACIÒN							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	Jhos emilio Mera	1003038519	CC	3112900145		X	48	Oficios varios				X	El Carmen					X								X		
2	Deyanira Oñate.	1062810004	CC	"	X		35	Ama de casa				X	El Carmen.						X								X		
3	Valeria Mera	1062813580	TI	"	X		12	Estudiante				X	El Carmen						X								X		
4	Valentina Mera	1062815594	TI	"	X		13	Estudiante				X	El Carmen						X								X		
5	Isaias David Mera		RC	"		X	2					X	El Carmen						X								X		
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

12

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	Oz Perú
3. Municipio / Área no municipalizada	Becerril	020 45	
4. Territorio		ID:	Serial:
5. Microterritorio	Colymen	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 9,1713,37 long -73,280 41		
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	5

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 439	
17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización	1065563899	
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	5	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	Jorge	**50.** Segundo Nombre	Leonardo
51. Primer Apellido	Matutes	**52.** Segundo Apellido	Rada
53. Tipo de identificación	CC	**54.** Número de identificación	1062807553
55. Fecha de nacimiento	AAA 1990	MM 01	DD 15

56. Sexo	X 1. Hombre	○ 2. Mujer	○ 3. Indeterminado	**57.** Rol dentro de la familia	X 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	Bachillerato	**60.** Régimen de afiliación	X 1. Subsidiado	○ 2. Contributivo	○ 3. Especial	○ 4. Excepción	○ 5. No afiliado
61. EAPB	Desconocido						

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	X 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	X 7. Ninguna				

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

66. El integrante de la familia presenta situaciones o condiciones de salud crónica	○ SI	X 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) 70 kg | **74.2** Talla (en centímetros) 170 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	Minam	**50.** Segundo Nombre	Elena
51. Primer Apellido	Romero	**52.** Segundo Apellido	de las aguas
53. Tipo de identificación	CC	**54.** Número de identificación	1062814181
55. Fecha de nacimiento	AAA: 1996	MM: 09	DD: 04

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	6° Bachillerato	**60.** Régimen de afiliación	⊗ 1. Subsidiado	○ 2. Contributivo	○ 3. Especial	○ 4. Excepción	○ 5. No afiliado
61. EAPB	Cajacopi						

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