COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

8

Salud

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

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Departamento | Cesar | 2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia | UZPE 020 |
| 3. Municipio / Área no municipalizada | Becerril | 020045 | |
| 4. Territorio | | ID: | Serial: |
| 5. Microterritorio | El Carmen | ID: | Serial: |
| 6. Corregimiento / Centro de poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo Indigena | | | |
| 7. Dirección | | 8. Geopunto (online-offline) y altitud | |
| 9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia) | lat 9,71399 long -73,28106 | | |
| 10. Número de Identificación de la familia | | 11. Estrato socieconómico de la vivienda | ○ 1. Bajo-Bajo |

○ 2. Bajo | ⊗ 3. Medio-Bajo | ○ 4. Medio | ○ 5. Medio-Alto | ○ 6. Alto

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 12. Número de hogares en la vivienda | 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) | DC | | |
| 16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS | 200 4500 439 | | |
| 17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización | 1065568899 | | |
| 18. Perfil de quien realiza la evaluación de necesidades en salud - caracterización | Aux enfermería | | |
| 19. Código de la ficha | | 20. Fecha diligencimiento de la ficha | |

## 2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

### 2.1. Estructura y contexto familiar

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21. Tipo de familia | ⊗ 1. Nuclear biparental | ○ 2. Nuclear monoparental | ○ 3. Extenso biparental |
| ○ 4. Extenso monoparental | ○ 5. Compuesto biparental | ○ 6. Compuesto monoparental | ○ 7. Unipersonal |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 22. Número de personas que conforman la familia | | 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 | Cesar | **50.** Segundo Nombre | |
| **51.** Primer Apellido | Sandoval. | **52.** Segundo Apellido | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | CC | **54.** Número de identificación | 72029177 | **55.** Fecha de nacimiento | AAAA 1973 | MM 11 | 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 | Bachiller | **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 |

## 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) 85 kg | **74.2** Talla (en centímetros) 1.70

**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 | Candida | 50. Segundo Nombre | Isabel |
| 51. Primer Apellido | Cueva | 52. Segundo Apellido | Guerrero |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Tipo de identificación | CC | 54. Número de identificación | 48744822 | 55. Fecha de nacimiento | AAAA 1969 | MM 06 | DD 06 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | profesora |

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

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

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

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

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

### 3.2. Situaciones o condiciones de salud

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

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

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

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **74.** Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) | 50kg | **74.2** Talla (en centímetros) | 1.60 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | (X) 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 | (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)
○ 2. Parques, y áreas deportivas, Centros sociales y/o recreacionales | (X) 3. Instituciones educativas | ○ 4. Servicios de salud | ○ 5. Ninguna

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

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

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

**91.2** Cuál(es)?

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

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

○ 1. Cultivos | ○ 2. Apriscos | ○ 3. Porquerizas | ○ 4. Galpones | ○ 5. Terrenos baldíos
○ 6. Presencia de Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, et | ○ 7. Ruido o sonidos desagradables | (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)
○ 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 | (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

## 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____ 40

**MUNICIPIO: BECERRIL** | **LUGAR:** El Carmen | **Fecha: D:** 07 **M:** 07 **A:** 2025 | **Hora:** 10:30 am

**ACTIVIDAD**: Realizar doscientas diecinueve (219) visitas en el entorno hogar en los microterritorios priorizados; para desarrollar acciones de educación y comunicación para la salud, en el marco de la estrategia APS, con el fin de 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 | Cesar Sandoval | 7202977 | CE | 3212090132 | | X | 55 | Agricultor | | | | X | Carmen. | | | | | | X | | | | | | | | X | Cesar Sandoval |
| 2 | Candida Cecil | 49744022 | CE | 11 | X | | 40 | Docente. | | | | X | Carmen. | | | | | | X | | | | | | | | X | Candida Cecil |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

7

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 | | 2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia | UZPE 020 |
| 3. Municipio / Área no municipalizada | Becerril | 020045 | |
| 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 9,71427 long -73,28104 | | |
| 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 | 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 | 1065568899 |
| 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 | |
| 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 | Edgar | **50.** Segundo Nombre | de Jesus |
| **51.** Primer Apellido | Carey | **52.** Segundo Apellido | Espana |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | CC | **54.** Número de identificación | 1051655435 | **55.** Fecha de nacimiento | AAAA 1984 | MM 11 | DD 29 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **56.** Sexo | X 1. Hombre | ○ 2. Mujer | ○ 3. Indeterminado | **57.** Rol dentro de la familia | ○ 1. Jefe(a) de familia | ○ 2. Cónyuge o compañero(a) | X 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 | 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 | X 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 | 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) 96 K | **74.2** Talla (en centímetros) 1.90

**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 | Carmen | **50.** Segundo Nombre | |
| **51.** Primer Apellido | Espano | **52.** Segundo Apellido | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | CC | **54.** Número de identificación | 33075137 | **55.** Fecha de nacimiento | AAAA 1960 | MM 01 | DD 24 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **56.** Sexo | ○ 1. Hombre | **57.** Rol dentro de la familia | X 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 | 3° Primaria | **60.** Régimen de afiliación | X 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado |
| **61.** EAPB | Caja Copi | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **62.** Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | X 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 | X 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 | 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) 66KG | **74.2** Talla (en centímetros) 1.71

**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 | Julio | **50.** Segundo Nombre | Rafael |
| **51.** Primer Apellido | Garey | **52.** Segundo Apellido | |
| **53.** Tipo de identificación | CC | **54.** Número de identificación | 12576869 |
| **55.** Fecha de nacimiento | AAAA 1948 | MM 11 | DD 19 |

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

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **62.** Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ○ 1. Niñas, niños y adolescentes | ○ 2. Gestantes | X 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 | X 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 | 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) 55 kg | **74.2** Talla (en centímetros) 1.56

**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 | Jose | **50.** Segundo Nombre | |
| **51.** Primer Apellido | Corey | **52.** Segundo Apellido | España |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | | **54.** Número de identificación | | **55.** Fecha de nacimiento | AAA 1989 | MM 03 | DD 11 |

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

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

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | X 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 | 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) 78kg | **74.2** Talla (en centímetros) 1.83

**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 | | | |
| ○ 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 | (X) 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? | 3 | **87.** Hacinamiento | ○ SI | ○ NO |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **88.** Se identifican algunos de los siguientes escenarios de riesgo de accidente en la vivienda | | | |
| ○ 1. Objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños | ○ 2. Sustancias químicas al alcance de los niños | ○ 3. Medicamentos al alcance de los niños | |
| ○ 4. Velas, velones, incienso encendidos en la vivienda | ○ 5. Conexiones eléctricas en mal estado o sobrecargadas | | |
| ○ 6. Botones, canicas entre otros objetos pequeños o con piezas que puedan desmontarse, al alcance de los niños | ○ 7. Pasillos obstruidos con juguetes, sillas u otros objetos | | |
| ○ 8. Superficies resbaladizas, suelos con agua, grasas, aceites, entre otros | ○ 9. Tanques o recipientes de almacenamiento de agua sin tapa | ○ 10. Escaleras sin protección | |

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **91.** ¿Se observa cerca de la vivienda o dentro de ella s criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? | ○ SI | **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 | ○ 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 |
| | ○ 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, 1 perro |

## 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____ 41

**MUNICIPIO: BECERRIL** | **LUGAR:** El Carmen | **Fecha: D:** 07 **M:** 07 **A:** 2025 | **Hora:** 10:40 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. Subs | Reg. Cont. | |
| 1 | Edgar Gabriel España | 1051655435 | CC | 3012060106 | | X | 38 | Oficios varios | | | | X | Carmen | | | | | | X | | | | | | | | | X | Edgar España |
| 2 | Carmen España | 38075137 | CC | 11 | X | | 65 | Ama de casa | | | | X | Carmen | | | | | | X | | | | | | | | X | | Carmen E |
| 3 | Julio Rafael Garcia | 12576869 | CC | 11 | | X | 70 | Desempleado | | | | X | Carmen | | | | | | " | | | | | | | | 1 | | Julio |
| 4 | Jose Gabriel España | | CC | 11 | | X | 35 | Of. Varios | | | | X | Carmen | | | | | | " | | | | | | | | X | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

6

Salud

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

## 1. INFORMACIÓN GENERAL

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Departamento | Cesar | 2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia | UZPE 20 |
| 3. Municipio / Área no municipalizada | Becerril | 020045 | |
| 4. Territorio | | ID: | Serial: |
| 5. Microterritorio | Carmen | ID: | Serial: |
| 6. Corregimiento / Centro de poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo Indigena | lat: 9,71363 long-7328241 | | |
| 7. Dirección | | 8. Geopunto (online-offline) y altitud | |
| 9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia) | lat 9,71352 long -73,28040. | | |
| 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 | 260 4500 439 | |
| 17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización | 1065568894 | |
| 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 | 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 Asma

**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 | Hilda | **50.** Segundo Nombre | |
| **51.** Primer Apellido | Avila | **52.** Segundo Apellido | Fuentes |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | CC | **54.** Número de identificación | 49792313 | **55.** Fecha de nacimiento | AAA 1979 | MM 07 | DD 11 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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 | Tecnico | **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 |

### 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) | 50 Kg | **74.2** Talla (en centímetros) | 1.60

**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 | Snell | 50. Segundo Nombre | Valentino |
| 51. Primer Apellido | Heredia | 52. Segundo Apellido | Avila |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Tipo de identificación | TI | 54. Número de identificación | 1127066363 | 55. Fecha de nacimiento | AAA 2016 | MM 11 | DD 18 |

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

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

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

### 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) | 1.60 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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 | (X) 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
○ 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 | (X) NO
**91.2** Cuál(es)?

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

**92.** Observe si cerca de la vivienda hay alguno de los siguientes:
○ 1. Cultivos | ○ 2. Apriscos | ○ 3. Porquerizas | ○ 4. Galpones | ○ 5. Terrenos baldíos
○ 6. Presencia de Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, et | ○ 7. Ruido o sonidos desagradables | (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

## 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____ 42

**MUNICIPIO: BECERRIL** | **LUGAR:** El Carmen | **Fecha: D:** 07 **M:** 07 **A:** 2025 **Hora:** 10:50 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. Subs | Reg. Cont. | |
| 1 | Hilda Avila | 49792313 | CC | 3193930662 | X | | 40 | Ama de casa | | | | X | Carmen | | | | | | X | | | | | | | | X | | Hilda Avila |
| 2 | Snell Avila | 1127066363 | TI | | X | | 9 | Estudiante | | | | X | Carmen | | | | | | X | | | | | | | | X | | Snell Avila |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

5

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 | U7 PE 020 |
| 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 9,71357 long -73,28039 | | |
| 10. Número de Identificación de la familia | | 11. Estrato socieconómico de la vivienda | ○ 1. Bajo-Bajo |
| ○ 2. Bajo | ⊗ 3. Medio-Bajo | ○ 4. Medio | ○ 5. Medio-Alto ○ 6. Alto |
| 12. Número de hogares en la vivienda | | 13. Número de familias en la vivienda | 14. Número de personas en la vivienda |

### 1.2. Identificación del encuestador

| | |
|---|---|
| 15. Número de identificación del Equipo Básico de Salud (EBS) | DLC |
| 16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS | 200 4500 939 |
| 17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización | 1065568819 |
| 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 | | 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 | Enfermedad cardiaca

**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 | Ranaldo | **50.** Segundo Nombre | |
| **51.** Primer Apellido | Nuñez | **52.** Segundo Apellido | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | CC | **54.** Número de identificación | 18933 318 | **55.** Fecha de nacimiento | AAA 1953 | MM 04 | DD 29 | | |
| **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 | (X) 1. Subsidiado | ( ) 2. Contributivo | ( ) 3. Especial | ( ) 4. Excepción | ( ) 5. No afiliado | **61.** EAPB |
| 3° primaria | | | | | | | Cajacopi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **62.** Pertenencia a un grupo poblacional de especial protección | ( ) 1. Niñas, niños y adolescentes | ( ) 2. Gestantes | (X) 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 | (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) | 54 kg | **74.2** Talla (en centímetros) | 1.71 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 | Evangelina | **50.** Segundo Nombre | |
| **51.** Primer Apellido | Perez | **52.** Segundo Apellido | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | CC | **54.** Número de identificación | 37221096 | **55.** Fecha de nacimiento | AAA | 1944 | MM | 07 | DD 29 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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 | Capacopi |
| | | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado | | | |

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

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

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

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

## 3.2. Situaciones o condiciones de salud

**67.** Cumple con el esquema de atenciones de promoción y mantenimiento para el momento de curso de vida o para la gestación | ○ SI | 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) 46Kg | **74.2** Talla (en centímetros) 1.51cm

**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 |

## 4.3. 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? |

## 4. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

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

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

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

**84.** ¿Cuál es el material predominante del piso de la vivienda? | ○ 1. Alfombra o tapete, mármol, parque, madera pulida y lacada | ○ 2. Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo | (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? 1

**87.** Hacinamiento | ○ SI | ○ NO

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

○ 1. Objetos cortantes o punzantes al alcance de los niños | ○ 2. Sustancias químicas al alcance de los niños | ○ 3. Medicamentos al alcance de los niños | ○ 4. Velas, velones, incienso encendidos en la vivienda | ○ 5. Conexiones eléctricas en mal estado o sobrecargadas | ○ 6. Botones, canicas entre otros objetos pequeños o con piezas que puedan desmontarse, al alcance de los niños | ○ 7. Pasillos obstruidos con juguetes, sillas u otros objetos | ○ 8. Superficies resbaladizas, suelos con agua, grasas, aceites, entre otros | (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 | (X) NO

**91.2** Cuál(es)?

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

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

○ 1. Cultivos | ○ 2. Apriscos | ○ 3. Porquerizas | ○ 4. Galpones | ○ 5. Terrenos baldíos | ○ 6. Presencia de Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, et | ○ 7. Ruido o sonidos desagradables | (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:

(X) 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

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

**REGISTRO DE ASISTENCIA**

Página____ de____ 43

**MUNICIPIO: BECERRIL** | **LUGAR:** Barrio el Carmen | **Fecha: D:** 07 **M:** 07 **A:** 2025 | **Hora:** 11:00 am

**ACTIVIDAD:** Realizar (219) visitas en el entorno hogar en dos microterritorios priorizados, para desarrollar acciones de educación y comunicación en Salud, en el marco de la estrategia APS, con el fin de educar en promoción y prevención de la tuberculosis, factores de riesgos, beneficiando aproximadamente a 600 personas con 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 | Reinaldo nuñez | 18933318 | cc | 3135318058 | | X | 72 | independiente | | | | X | El Carmen | | | | | | X | | | | | | | X | | |
| 2 | Evangelina Perez | 37221096 | cc | 3135318058 | X | | 76 | Ama de casa | | | | X | El Carmen | | | | | | X | | | | | | | X | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |