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

REGISTRO DE ASISTENCIA

Página_____de_____ 59

**MUNICIPIO: BECERRIL** | **LUGAR:** El Carmen | **Fecha: D: 7 M: 07 A: 2025** | **Hora:** 8:00 Am

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

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÓN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Mercedes Perez | 26723426 | Cc | 3116778103 | X | | 65 | Ama de casa | | | | X | El Carmen | | | | | | X | | | | | | | X | | | Mercedes P. |
| 2 | Angel Cantillo | 6688351 | Cc | 6688351 | | X | 46 | Oficios varios | | | | X | " " | | | | | | X | | | | | | | X | | | Angel C. |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

# Ministerio de Salud y Protección Social

## Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Departamento | Cesar. | 2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia | UTPC 010 |
| 3. Municipio / Área no municipalizada | Becerril. | | |
| 4. Territorio | | ID: | Serial: |
| 5. Microterritorio | El Carmen. | ID: | Serial: |
| 6. Corregimiento / Centro de poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo | | | |
| 7. Dirección | | 8. Geopunto (online-offline) y altitud | |
| 9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia) | 9,71558 lng -73 28324 | | |
| 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) | DIC |
| 16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS | 700450039 |
| 17. Responsable de la evaluación de necesidades en salud - caracterización | 1065568894 |
| 18. Perfil de quien realiza la evaluación de necesidades en salud - caracterización | Auxenfermeria. |
| 19. Código de la ficha | |
| 20. Fecha diligenciamiento de la ficha | |

### 2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

#### 2.1. Estructura y contexto familiar

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

Observaciones:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**39.** Cómo obtiene sus alimentos | ○ 1. Cultiva | ○ 2. Cría de animales | ○ 3. Cacería | ○ 4. Recolección de alimentos | ○ 5. Trueque o intercambio | ○ 6. Compra | ○ 7. Asistencia del Estado | ○ 8. Ayuda humanitaria | ○ 9. Otra | **39.2** Cuál?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 3.2. Situaciones o condiciones de salud

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

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **74.** Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) | 65 kg | **74.2** Talla (en centímetros) | 1,56 | |

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

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

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

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

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

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

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

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **49.** Primer Nombre | Yeni | **50.** Segundo Nombre | Liceth |
| **51.** Primer Apellido | Morelo | **52.** Segundo Apellido | Barceno |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | CC | **54.** Número de identificación | 1062814854 | **55.** Fecha de nacimiento | AAAA 1997 | MM 07 | DD 26 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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 | Tecnico | **60.** Régimen de afiliación | ◉ 1. Subsidiado | ○ 2. Contributivo | **61.** EAPB | | |
| | | ○ 3. Especial | ○ 4. Excepción | ○ 5. No afiliado | Capresoca | | |

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

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

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

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

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **49.** Primer Nombre | Maria | **50.** Segundo Nombre | Isabella |
| **51.** Primer Apellido | Pama | **52.** Segundo Apellido | Morelo |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | RC | **54.** Número de identificación | 1062819719 | **55.** Fecha de nacimiento | AAA 2022 | MM 11 | DD 04 |

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

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

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **74.** Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) | 13,9 | **74.2** Talla (en centímetros) | 91 cm |

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

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

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

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

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

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

## 4. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

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

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

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

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

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

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

**87.** Hacinamiento | ○ SI | (●) NO

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

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

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

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

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

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

**91.2** Cuál(es)?

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

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

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

**92.2** Especifique

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

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

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

## 4.3. Agua y saneamiento básico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**REGISTRO DE ASISTENCIA** | Página_____de_____ 60

**MUNICIPIO: BECERRIL** | **LUGAR:** Barrio El Carmen | **Fecha: D:** 7 **M:** 07 **A:** 2025 | **Hora:** 8:00 Am

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

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÓN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Yenis Morelo | 1062814854 | CC | 1062814854 | X | | 28 | Ama de casa | | | | X | El carmen | | | | | | X | | | | | | | X | | Yenis M. |
| 2 | Maria Parra | 1062819759 | RC | 3116777944 | X | | 3 | — | | | | X | " " | | | | | | X | | | | | | | X | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

# Ministerio de Salud y Protección Social

## Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Departamento | Cesar | 2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia | UTPE DZO |
| 3. Municipio / Área no municipalizada | Becerril | | |
| 4. Territorio | | ID: | Serial: |
| 5. Microterritorio | El Carmen | ID: | Serial: |
| 6. Corregimiento / Centro de poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo | | | |
| 7. Dirección | | 8. Geopunto (online-offline) y altitud | |
| 9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia) | 9,710 67 -73 27 99 | | |
| 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 | 200450039 |
| 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 diligenciamiento de la ficha | |

### 2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

#### 2.1. Estructura y contexto familiar

21. Tipo de familia

● 1. Nuclear biparental ○ 2. Nuclear monoparental ○ 3. Extenso biparental

○ 4. Extenso monoparental ○ 5. Compuesto biparental ○ 6. Compuesto monoparental ○ 7. Unipersonal

| | | | |
|---|---|---|---|
| 22. Número de personas que conforman la familia | 2 | 23. Estructura y dinámica familiar (Diligenciamiento Familiograma) | |

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

Observaciones:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**39.2** Cuál?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

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

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | CC | **54.** Número de identificación | 1064106947 | **55.** Fecha de nacimiento | AAAA 1988 | MM 07 | DD 01 |

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

| | |
|---|---|
| **58.** Ocupación | Oficios Varios |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **59.** Nivel Educativo | Tecnologo. | **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 cuándo recibió lactancia materna? (en meses)

**73.** Es menor de 5 años? ○ SI ○ NO

**74.** Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) 60 kg | **74.2** Talla (en centímetros) 1,62

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

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

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

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

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

**78.** ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: ¿Diarrea o soltura de estómago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad.

⊖ SI
○ NO

**78.2** Cuáles

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

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

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

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

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

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **49.** Primer Nombre | Yoselin | **50.** Segundo Nombre | |
| **51.** Primer Apellido | Borjes | **52.** Segundo Apellido | Molina |
| **53.** Tipo de identificación | PPT | **54.** Número de identificación | 5917403 |
| **55.** Fecha de nacimiento | AAA 1995 | MM 01 | DD 4 |

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

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

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

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

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

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

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

## 3.2. Situaciones o condiciones de salud

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **70.** ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ○ NO | **71.** Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ○ NO |
| **72.** Si es menor de 2 años, ¿hasta cuándo recibió lactancia materna? (en meses) | | | **73.** Es menor de 5 años? | ○ SI | ○ NO |
| **74.** Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) | 45 kg | **74.2** Talla (en centímetros) | 1.57. | |

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

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

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

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

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

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

## 4. CARACTERIZACIÓN DEL ENTORNO

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

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

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

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

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

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

**87.** Hacinamiento | ○ SI | ○ NO

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

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

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

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

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

**91.** ¿Se observa cerca de la vivienda o dentro de ellas criaderos o reservorios que pueden favorecer la presencia de vectores transmisores de enfermedades? | ○ SI | ✓ NO

**91.2** Cuál(es)?

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

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

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

**92.2** Especifique

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

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

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

## 4.3. Agua y saneamiento básico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REGISTRO DE ASISTENCIA

Página_____de_____ 61

**MUNICIPIO: BECERRIL** | **LUGAR:** Carmen | **Fecha: D:** 17 **M:** 07 **A:** 2025 | **Hora:** 8:00 Am

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

| Número | Nombre y Apellidos | IDENTTIFICACIÒN | TIPO DE IDENTIFICACION | No. Celular | SEXO | | EDAD | OCUPACIÓN | ENTORNO | | | | ENTIDAD/BARRIO | CONDICIÒN | | | | | | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | Aseguramiento | | | Firma |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Femenino | Masculino | | | LABORAL | EDUCATIVO | INSTITUCIONAL | COMUNITARIO | | DESPLAZADO | DESMOVILIZADO | MUJER CABEZA DE HOGAR | DISCAPACIDAD | VICTIMA DEL CONFLICTO | OTROS | Indígena | AFRO | RAIZAL | ROM | MIGRANTE | LGBTIQ+ | PPNA | Reg. Sub | Reg. Cont. | |
| 1 | Carlos Medina | 1064108447 | CC | 3118738111 | | X | 45 | Oficios Varios | | | | X | El Carmen | | | | | | | | X | | | | | X | | | Carlos |
| 2 | Yoselin Burgos | 5974003 | PPT | " " | X | | 30 | Independiente | | | | X | " " | | | | | | | | X | | | | | X | | | Yoselin |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Salud

# Ministerio de Salud y Protección Social

## Formulario para caracterización - Equipos Básicos de Salud

### 1. INFORMACIÓN GENERAL

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Departamento | Cesar | 2. Unidad Zonal de Planeación y Evaluación - Regional - Provincia | U7PT 010 |
| 3. Municipio / Área no municipalizada | Becerril | | |
| 4. Territorio | | ID: | Serial: |
| 5. Microterritorio | El Carmen | ID: | Serial: |
| 6. Corregimiento / Centro de poblado / Vereda / Localidad/ Barrio/ Resguardo | | | |
| 7. Dirección | | 8. Geopunto (online-offline) y altitud | |
| 9. Ubicación del hogar (cuando no se cuenta con nomenclatura, punto de referencia) | 9,71555 lng -73 28315 | | |
| 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) | DIC | |
| 16. Prestador primario / Organismo de adscripción del EBS | 20045003 9 | |
| 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 diligenciamiento de la ficha |

### 2. CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

#### 2.1. Estructura y contexto familiar

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 22. Número de personas que conforman la familia | 2 | 23. Estructura y dinámica familiar (Diligenciamiento Familiograma) | |
| Seleccione el tipo de riesgo identificado | ○ 1. Riesgo Biológico | ○ 2. Riesgo Psicológico | ○ 1. Riesgo Social |

Observaciones:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**39.2** Cuál?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **49.** Primer Nombre | Ana | **50.** Segundo Nombre | Estela |
| **51.** Primer Apellido | Zuñiga | **52.** Segundo Apellido | Martinez. |
| **53.** Tipo de identificación | CC | **54.** Número de identificación | 1067718717 |
| **55.** Fecha de nacimiento | AAA 1996 | MM 06 | DD 30 |

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

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

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

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

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

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

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

## 3.2. Situaciones o condiciones de salud

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

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

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

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

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **70.** ¿Realiza alguna práctica deportiva o realiza ejercicio? | ○ SI | ○ NO | **71.** Si es menor de 6 meses, ¿recibe lactancia materna exclusiva? | ○ SI | ○ NO |
| **72.** Si es menor de 2 años, ¿hasta cuándo recibió lactancia materna? (en meses) | | | **73.** Es menor de 5 años? | ○ SI | ○ NO |
| **74.** Resultado de toma de medidas antropométricas | **74.1** Peso (en Kilogramos) | 68 kg | **74.2** Talla (en centímetros) | 157 | |

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

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

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

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

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

**78.** ¿Actualmente presenta o ha presentado en el último mes alguna enfermedad como: ¿Diarrea o soltura de estómago Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía? Problemas de piel / alergias, accidente casero, familiar o escolar. Alguna otra enfermedad.

⊖ SI ○ NO

**78.2** Cuáles

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

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

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

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

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

## 3. CARACTERIZACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

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

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **53.** Tipo de identificación | CC | **54.** Número de identificación | | **55.** Fecha de nacimiento | AAA 1962 | MM 07 | DD 27 |

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

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

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **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) 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) 7. Ninguna | | |

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

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

## 3.2. Situaciones o condiciones de salud

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

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

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

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

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

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

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

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

**73.** Es menor de 5 años? ○ SI ○ NO

**74.** Resultado de toma de medidas antropométricas **74.1** Peso (en Kilogramos) 70 Kg **74.2** Talla (en centímetros) 1,66

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

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

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

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

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

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

**78.2** Cuáles

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

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

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

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

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