Territorial
Dirección Territorial de [redacted] de Caldas

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD
Proceso Gestión de Asistencia Técnica
Procedimiento Asesoría y Acompañamiento
Instrumento Habitante en Calle

Fecha de captura de información: 28/08/2025

Institución que realiza la captura de información: E.S.E Hospital Sagrado Corazon

Identificación

1. Nombre del Municipio: Norcasia Caldas
2. Sector en el que permanece con mayor frecuencia: Parque Principal
3. [redacted]: 3113695494
4. Teléfono
5. Afiliación a EPS: [X] SI [ ] NO ¿Cuál? Salud Total

Identificación del entrevistado

6. Tiene o ha tenido documento de identificación: [X] SI [ ] NO
7. Tipo de documento de identidad: [X] TI [ ] RC [ ] CN [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] AS [ ] MS [ ] PEP

CC Cédula de ciudadanía
TI Tarjeta de identidad
RC Registro Civil de nacimiento
CN Certificado de Nacido Vivo
CE Cédula de extranjería
SC Salvoconducto
PA Pasaporte
AS Adulto sin identificación
MS Menor sin identificación
PEP Permiso Especial de Permanencia

8. Número de identificación: 10.163.652
9. Proporciona información de identificación informarlo: [X] SI [ ] NO
10. 1er. Nombre: Francisco
11. 2do. Nombre:
12. 1er. Apellido: Sanchez
13. 2do. Apellido: Gonzalez.
14. Años cumplidos: 72 años
15. Fecha de Nacimiento:
16. Sexo*: [X] Hombre [ ] Mujer [ ] Intersexual [ ] Por observación
17. Con cuál género* se identifica? [X] Masculino [ ] Femenino [ ] Mujer Transgénero [ ] Hombre Transgénero [ ] No binario [ ] Otro ¿Cuál? [ ] No informa
18. Cual es su orientación Sexual*: [X] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Otro ¿Cuál? [ ] No informa
19. Tiene usted una discapacidad? [ ] SI [X] NO ¿Cual?

Powered by CamScanner

De acuerdo a su cultura, pueblo o rasgo, usted se reconoce como:

- [ ] Indígena
- [ ] Rom Gitano
- [ ] Raizal
- [ ] Palenquero
- [ ] Afrocolombiano
- [x] Ninguna de las anteriores ¿Cuál?

Hábitos de vida y acceso a vivienda

21. Señale si usted actualmente vive en un espacio

- [ ] Propio (casa, apartamento, bodega, casa, lote entre otros, del que es propietario o tiene tenencia)
- [x] Arrendado o alquilado (por intervalos de tiempo distintos como meses, semanas, días, noches)
- [ ] De propiedad de familiares, enistades o conocidos
- [ ] Servicio Social de Alojamiento temporal o permanente*

22. De los siguientes factores, cuál cree que tiene mayor impacto en su vida actualmente: (Seleccione una sola respuesta)

- [ ] No tiene acceso a ningún espacio distinto a la calle
- [x] Falta de trabajo o de fuente de ingresos
- [ ] Falta de redes o grupos de familiares, amigos, conocidos o instituciones que le brinden apoyo
- [ ] Falta de acceso y/o tratamiento para temas de salud
- [ ] Estigma y discriminación que dificulta la participación en redes afectivas, laborales de protección, entre otras
- [ ] Es víctima de algún tipo de violencia
- [ ] Tiene ingresos pero son insuficientes para vivir como quisiera
- [ ] Otro, cuál _____

23. Cuál es su principal motivo para estar con mayor frecuencia en la calle: seleccione una opción

- [x] No tener ingresos fijos
- [ ] Tiene ingresos pero son insuficientes
- [ ] No tiene redes que lo apoyen para vivir de forma diferente
- [ ] La oferta de vivienda que existe tiene precios superiores a sus ingresos
- [ ] No tiene acceso a servicios de atención que le permitan cambiar sus condiciones.
- [ ] No cree que pueda vivir de otra forma
- [ ] Otro, cuál _____

24. Hace cuánto tiempo hace de la calle el escenario propio para su supervivencia

- [ ] Menos de un mes
- [ ] Entre 1 mes y 3 meses
- [ ] Entre 4 meses* y hasta 1 año
- [x] Más de 1 año

25. ¿Cuales son las dos principales razones para que se encuentre la mayor parte del tiempo en calle ?

- [ ] Conflictos de convivencia con familiares o personas con las que vivía
- [ ] Violencia intrafamiliar
- [ ] El dinero que gana no alcanzaba para paga un lugar en el que vivir
- [ ] Desalojo o pérdida de vivienda
- [ ] Violencia de pareja
- [ ] Un problema de salud físico o mental
- [x] Pérdida de fuente de ingresos o trabajo
- [ ] Egreso de un servicio de protección
- [ ] El conflicto armado
- [ ] Consumo problemático de sustancias psicoactivas (afectaba sus relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio, otros)
- [ ] Egreso de una institución penitenciaria o de reclusión
- [ ] La pandemia ocasionada por coronavirus COVID19
- [ ] Ser migrante sin redes de apoyo
- [ ] Había estado en situación de calle previamente y volvio a estarlo actualmente
- [ ] Abuso sexual
- [ ] Por voluntad propia
- [ ] Otro, cuál _____

Integración social

26. Actualmente se encuentra en contacto con

- [x] Familiares*
- [ ] Instituciones
- [ ] Amigos o conocidos
- [ ] Otros

Frecuencia

- [ ] Diario
- [ ] Semanal
- [ ] Al menos una vez al mes
- [ ] Más de una vez al mes

Powered by CamScanner

- [ ] Al menos una vez cada seis meses
- [ ] Al menos una vez al año

En el último mes, el lugar donde usted duerme o vive lo compartio con: (Puede seleccionar varias respuestas)

- [ ] Con familiares (padres o padrastros, sus hijos y/o hijastros, sus hermanos/ hermanastros, otros familiares)
- [ ] Su pareja
- [ ] Amigos
- [ ] Otras personas. Cuales _____
- [ ] Nadie

28. De las siguientes actividades selecciona las dos a las que dedica mayor cantidad de tiempo en el dia:

- [ ] Generar ingresos
- [ ] Asistir a servicios sociales
- [ ] Educación/ cultura
- [ ] Actividades para el autocuidado (alimentarse, buscar en donde asearse y/o dormir)
- [ ] Deporte y/o actividades recreativas
- [ ] Consumir o estar bajo efecto de Sustancias Psicoactivas SPA
- [ ] Asistir a servicios de salud
- [ ] Otro, cuál _____

29. En el ultimo mes, cuando tuvo las siguientes necesidades acudió con mayor frecuencia a: (seleccione una respuesta por fila)

- [ ] Vecinos, conocidos o familiares
- [ ] Servicios sociales y de salud
- [ ] Ninguna

Necesidades:

- [ ] Alimentos
- [ ] Recreación
- [ ] Dinero
- [ ] Dormitorio
- [ ] Asearse
- [ ] Salud

30. ¿Sabe leer y escribir?

[SI] [NO]

31. El último nivel educativo que estudió fue:

- [ ] Ninguno
- [ ] Preescolar
- [ ] Básica primaria completa
- [ ] Básica primaria incompleta
- [ ] Básica secundaria completa
- [ ] Básica secundaria incompleta
- [ ] Media academica / Media técnica completa
- [ ] Media académica / Media técnica incompleta
- [ ] Normalista
- [ ] Superior (universitaria)
- [ ] Postgrado
- [ ] Sin información

32. ¿En los últimos 30 dias ha sufrido uno de las siguientes situaciones de afectación a su integridad?

SITUACIONES

- [ ] Violencia interpersonal (agresion intencional que tiene como resultado una lesion o daño)
- [ ] Violencia sexual
- [ ] Violencia fisica
- [ ] Violencia psicológica (verbal, emocional)
- [ ] Lesiones por eventos de transporte
- [ ] Lesiones accidentales
- [ ] Mendicidad obligada (coacción)
- [ ] Intercambio de sexo por dinero, protección o drogas
- [ ] Violencia entre familiares
- [ ] Violencia contra niños, niñas y adolescentes
- [ ] Violencia de pareja
- [ ] Violencia entre otros familiares
- [ ] Violencia al adulto mayor
- [ ] Ninguna

33. ¿Denunció estas situaciones? [SI] [NO] ¿Cuál?_____

34. ¿Le brindaron información para acceder a la ruta de atención cuando denunció? [SI] [NO]

Powered by CamScanner

de una respuesta)

- [ ] [illegible] construcción o similares
- [ ] Aseo/limpieza
- [X] Ventas informales
- [ ] Limpiando vidrios, cuidando carros, tocando llantas o similares
- [ ] Cantando, haciendo malabares, cuentería, artesanía o similares
- [ ] Recogiendo y vendiendo material reciclable
- [ ] Dinero que recibe de la familia o redes de apoyo
- [ ] Actividades relacionadas con comercio o distribución de sustancias psicoactivas
- [ ] Actividades sexuales pagadas
- [ ] Otro, cual _____

Condiciones de salud

36. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud física que requieren atención — SI [ ] NO [X]

NINGUNA

37. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud mental que requieren atención — SI [ ] NO [ ]

38. En el último mes, tuvo un problema grave de salud, o alguien le manifestó preocupación por situaciones de su salud relacionadas con:

	SITUACIONES	ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO	
[ ]	Sistema digestivo (diarrea, vómito)	SI	NO
[ ]	Sistema respiratorio (tos frecuente, dificultad respiratoria, gripa, asma, EPOC)	SI	NO
[ ]	Tuberculosis	SI	NO
[ ]	Afecciones de piel (úlceras, flebitis, granos, caranchos, ladillas, piojos)	SI	NO
[ ]	Sistema cardiovascular (úlceras varicosas, problemas del corazón, soplos, hipertensión)	SI	NO
[ ]	Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos)	SI	NO
[ ]	Afecciones vías urinarias (ardor para orinar)	SI	NO
[ ]	Infecciones de Transmisión sexual (venéreas)	SI	NO
[ ]	Sífilis, Gonorrea	SI	NO
[ ]	Hepatitis	SI	NO
[ ]	VIH	SI	NO
[ ]	Depresión, ansiedad u otra enfermedad mental	SI	NO
[ ]	Intento de suicidio	SI	NO
[ ]	Consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA	SI	NO
[ ]	Sobredosis	SI	NO
[ ]	Convulsiones	SI	NO
[ ]	Como consecuencia de una lesión por accidente	SI	NO
[ ]	Como consecuencia de una lesión por violencias	SI	NO
[ ]	Problemas odontológicos	SI	NO
[ ]	Eventos relacionados con la gestación	SI	NO
[X]	Ninguna de las anteriores		
[ ]	Otro, cuál _____		

39. Qué hizo cuando se presentó el problema de salud más grave? (en caso de que haya realizado más de una de las posibilidades listadas, señale las dos que más utilizó)

- [ ] Se cuidó solo
- [ ] Pidió ayuda a un familiar o amigo
- [ ] Fue a una farmacia
- [ ] Fue a hospital o centro de salud
- [ ] Fue a un servicio de alojamiento
- [ ] Fue donde una autoridad indígena espiritual (taita o chamán)
- [ ] Fue donde una persona reconocida como sanador que no es profesional de salud
- [ ] Nada

40. Tiene usted alguna dificultad para realizar las siguientes actividades (puede seleccionar varias respuestas)

- [ ] Oír la voz o los sonidos
- [ ] Hablar o conversar
- [ ] Ver de cerca, de lejos o alrededor
- [ ] Mover el cuerpo, caminar
- [ ] Agarrar o mover objetos con las manos
- [ ] Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)

Powered by CamScanner

- [ ] [illegible] mismo(a)
- [ ] Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos, respiratorios
- [ ] Relacionarse o interactuar con las demas personas

41. Consume actualmente Sustancias Psicoactivas SPA? SI [X]

42. Qué tipo de tratamiento (atención en salud) ha recibido para el consumo de SPA
- [ ] Ninguno
- [ ] Consulta externa
- [ ] Residencial-cerrado-internado
- [ ] Ambulatorio-abierto
- [ ] Hospital dia
- [ ] Hospital noche

43. Ha tenido sobredosis por consumo de drogas en el último año? SI [X]

44. Recibió tratamiento por la sobredosis? SI [ ] NO [ ]

45. Frente a la inyección de drogas
- [X] Nunca me he inyectado drogas
- [ ] Me he inyectado drogas alguna vez en la vida
- [ ] Ha compartido material de inyección
- [ ] He recibido KITS o jeringas de la secretaría de salud

46. Cuáles son las dos principales sustancias que ha consumido en los últimos tres meses, cuál es la vía de administración y la frecuencia de consumo:

	SUSTANCIAS	FORMA DE CONSUMO
[ ]	Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
[ ]	Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
[ ]	Cannabis (marihuana, por, hierba, hachís, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
[ ]	Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
[ ]	Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bala, éxtasis, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
[ ]	Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
[ ]	Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam,	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
[ ]	Alucinogenos (LSD, ácido, hongos, tripi, Ketamina, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
[ ]	Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
[ ]	Otro tipo - especificar*	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?

47. Con que frecuencia la consume:
- [ ] Una o dos veces
- [ ] Mensualmente
- [ ] Semanalmente
- [ ] Todos o casi todos los dias

Otros aspectos relevantes para el territorio

48. Lugar de la entrevista
- [X] Espacio público (Acera, parque, playa, etc.)
- [ ] Dormitorio transitorio (hotel, pago por dia, inquilinato, residencia, cambrole)
- [ ] Servicio social
- [ ] Vivienda de un familiar o conocido
- [ ] otro Cual_____

49. Municipio en el que vivió antes de este
- [X] Siempre ha vivido en este
- [ ] No se acuerda
- [ ] Nombre del municipio _____

50. Migrante SI [X]
- [ ] Regular
- [ ] Irregular

Nombre país de origen Colombia

51. Sabe si hay programas de la Alcaldía que lo atiendan SI [ ] NO [X] ¿Cuales? _____

Powered by CamScanner

de quien realiza la encuesta _____

POLITICA DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS: Al proporcionar sus datos personales a través de este formulario, usted otorga su consentimiento para que de manera [illegible] acepta esta política de tratamiento de datos. Puede consultarla en la página web de la [illegible]. Sus datos serán utilizados únicamente con fines específicos relacionados con nuestra misión, y no serán compartidos con terceros sin su consentimiento. Además, usted tiene el derecho de acceder, rectificar o eliminar sus datos personales en cualquier momento, así como de revocar su consentimiento.

Elaborado por: Observatorio Social de Salud - OTSC
Fecha de elaboración:

Powered by CamScanner