Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestion de Asistencia Técnica Procedimiento Asesoría y Acompañamiento Instrumento Habitante en Calle	Versión: 01 Código: F003-P02-AT Fecha: 2024-10-23

Fecha de captura de información: 28 de Agosto de 2025

Institución que realiza la captura de información: ESE Hospital Sagrado Corazón

Ubicación

1. Nombre del Municipio: Norcasia
2. Sector en el que permanece con mayor frecuencia: Parque Principal
4. Teléfono: 3175351183
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: [ ] TI [X] CC [ ] CN [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] AS [ ] MS [ ] PEP
8. Número de identificación: 1073156928
9. Proporciona información de identificación informarle: [X] SI [ ] NO
10. 1er. Nombre: Johana
11. 2do. Nombre:
12. 1er. Apellido: Ayala
13. 2do. Apellido: Rubio
14. Años cumplidos: 36
15. Fecha de Nacimiento:

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

16. Sexo*:
- [ ] Hombre
- [X] Mujer
- [ ] Intersexual
- [ ] Por observación

17. Con cuál género* se identifica?
- [ ] Masculino
- [X] 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

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

- [ ] Indígena [redacted]
- [ ] Raizal
- [ ] Palenquero
- [ ] Rom Gitano [redacted]
- [ ] Palenquero
- [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 goza tenencia)
- [x] Arrendado o alquilado (por intervalos de tiempo distintos como meses, semanas, días, noches)
- [ ] De propiedad de familiares, amistades o conocidos
- [ ] Servicio Social de Alojamiento temporal o permanente*
- [ ] No tiene acceso a ningún espacio distinto a la calle

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

- [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
- [x] 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
- [x] Entre 4 meses* y hasta 1 año
- [ ] 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
- [ ] 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 volvió a estarlo actualmente
- [ ] Abuso sexual
- [x] Por voluntad propia
- [ ] Otro, cuál _____

Integración social

26. Actualmente se encuentra en contacto con

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

...cuencia

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

Powered by CamScanner

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

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

- [x] 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 dedicas mayor cantidad de tiempo en el día:

- [x] 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
- [x] Otro, cuál trabajar

29. En el último 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
- [x] Ninguna

Necesidades:

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

30. ¿Sabe leer y escribir?

SI [x] NO [ ]

31. El último nivel educativo que estudió fue:

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

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

SITUACIONES

- [ ] Violencia interpersonal (agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño)
- [ ] Violencia sexual
- [ ] Violencia física
- [ ] 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
- [x] Ninguna

estas situaciones? SI [ ] NO [ ] ¿Cuál?_____

información para acceder a la ruta de atención cuando SI [ ] NO [ ]

Powered by CamScanner

[ ]	[illegible]	[ ]	Vecindad/pareja
[x]	Amigos/Compañeros	[ ]	Enfermedad crónica (cuidando alguno, limitado por alguno) familiares
[ ]	Extraños (Ej. al subir, bajar vehículos, cruzar la calle, en el trabajo o estudios)	[ ]	Buscando y viviendo (situación precaria)
[ ]	Evento que involucra a la familia o redes de apoyo	[ ]	Actividades relacionadas con comercio o distribución de sustancias psicoactivas
[ ]	Violencias [illegible]	[ ]	Otro, cual

Condiciones de salud

36. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud física que requieren atención

SI [x] NO [ ]

37. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud mental que requieren atención

SI [ ] NO [x] NINGUNA

	SITUACIONES	ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO	
[ ]	Problema digestivo (Gastritis, vómito)	SI	[x]
[ ]	Problema respiratorio (dos frecuente enfermedad respiratoria, gripa, asma, EPOC)	SI	[x]
[ ]	Tuberculosis	SI	[x]
[ ]	Afecciones de la piel (Ulceras, llebitis, hongos, cataratas, sarna, piojos)	SI	[x]
[ ]	Sistema cardiovascular (ulceras varicosas, problemas del corazón, soplos, hipertensión)	SI	[x]
[ ]	Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos)	SI	[x]
[ ]	Afecciones vías urinarias (ardor para orinar)	SI	[x]
[ ]	Infecciones de Transmisión sexual (venereas)	SI	[x]
[ ]	Sífilis, Gonorrea	SI	[x]
[ ]	Hepatitis	SI	[x]
[ ]	VIH	SI	[x]
[ ]	Depresión, ansiedad u otra enfermedad mental	SI	[x]
[ ]	Intento de suicidio	SI	[x]
[ ]	Consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA	SI	[x]
[ ]	Sobredosis	SI	[x]
[ ]	Convulsiones	SI	[x]
[ ]	Como consecuencia de una lesión por accidente	SI	[x]
[ ]	Como consecuencia de una lesion por violencias	SI	[x]
[ ]	Problemas odontológicos	SI	[x]
[ ]	Eventos relacionados con la gestación	SI	[x]
[x]	Ninguna de las anteriores		
[ ]	Otro, cual _____		

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

39. Que hizo cuando se presento el problema de salud mas grave? (en caso de que haya realizado más de una de las posibilidades listadas, señale las dos que más utilizo)

[ ]	Se cuido 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	[x]	Nada

[illegible] usted alguna dificultad [illegible]alizar las siguientes [illegible]idades (puede seleccionar [illegible]spuestas)

[ ]	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

☐ mismo(a)
☐ Hacer las actividades diarias sin [illegible]
☐ Relacionarse o [illegible]

41. Consume actualmente Sustancias Psicoactivas SPA? SI ☐ NO ☑

42. Qué tipo de (atención en salud) ha recibido para el consumo de SPA:
☐ Ninguno
☐ Residencia (carrete internado)
☐ Hospital día
☐ Consulta externa
☐ Ambulatorio-abierto
☐ Hospital noche

43. Ha tenido sobredosis por consumo de drogas en el último año? SI ☐ NO ☑

44. Recibió tratamiento por la sobredosis? SI ☐ NO ☐

45. Frente a la inyección de drogas:
☑ Nunca me he inyectado drogas
☐ He compartido material de inyección
☐ Me he inyectado drogas alguna vez en la vida
☐ He recibido KITS o jeringas de la secretaría de salud

45. Cuáles son las dos principales sustancias que ha consumido en los últimos tres meses, cual 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, pot, hierba, hachis, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
☐ Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
☐ Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, tuto, 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 Pildoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam,	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
☐ Alucinogenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
☐ Opiaceos (heroina, 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 días

Otros aspectos relevantes para el territorio

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

49. Municipio en el que vivió antes de este
☑ Siempre ha vivido en este
☐ No se acuerda
☐ Nombre del municipio _____

50. Migrante SI ☑
☐ Regular
☐ Irregular

Nombre país de origen _____

51. Sabe si hay programas de la Alcaldía que lo atiendan: SI ☐ NO ☑ ¿Cuales? _____

Powered by CamScanner

Quien realiza la encuesta

A DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS. Yo [illegible] identificado(a) con [illegible] de esta formulario, voluntariamente autorizo el consentimiento para que se recojan, almacenen y utilicen de acuerdo con nuestra política de tratamiento de [illegible] Además, autorizo [illegible] de [illegible] mis datos serán utilizados únicamente con fines estadísticos relacionados con nuestro servicio y no serán comercializados con terceros sin su [illegible]

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

Angela Maria Garcia Quintero
Enfermera
TP: 1120626057

Johana Ayala

Powered by CamScanner