Fecha de captura de información: 28 de agosto 2025

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

Ubicación

1. Nombre del Municipio: Norcasia Caldas
2. Sector en el que permanece con mayor frecuencia: parque principal
3. Teléfono: 3104873351
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 [ ] CC [ ] 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: 1054540371
9. Proporciona información de identificación Informante: [ ] SI [ ] NO
10. 1er. Nombre: Lina
11. 2do. Nombre: Marcela
12. 1er. Apellido: Lopez
13. 2do. Apellido:
14. Años cumplidos: 21
15. Fecha de Nacimiento:
16. Genero: [ ] 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 ¿Cuál? _____

Powered by CamScanner

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

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

Hábitos de vida y condiciones a vivienda

21. Señale si usted actualmente vive en un espacio

- [ ] Propio (casa, apartamento, bodega, casa, entre otros, del que es propietario o tiene tenencia)
- [x] Arrendado o alquilado (por intervalos de tiempo definidos como meses, semanas, días, noches)
- [ ] De propiedad de familiares, amistades 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 efectivas, laborales de protección, entre otras
- [ ] Es víctima de algún tipo de violencia
- [ ] Tiene ingresos pero son insuficientes para vivir como quisiera
- [ ] Otro, cuál _____

23. Cual 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, cual _____

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

Integración social

26. Actualmente se encuentra en contacto con

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

Frecuencia

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

Powered by CamScanner

☐ Menos una vez cada seis meses ☐ Al menos una vez al año

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

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

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

- ☐ Mendigar ingresos
- ☐ Educación/ entrenamiento
- ☑ Deporte y/o actividades recreativas
- ☐ Asistir a servicios de salud
- ☐ Asistir a servicios sociales
- ☐ Actividades para el autocuidado (alimentarse, bañarse en donde, dormir y/o dormir)
- ☐ Consumir o estar bajo efecto de Sustancias Psicoactivas SPA
- ☐ Otro, cuál _____

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
- ☐ Ninguna

Necesidades:

- ☐ Alimentos
- ☐ Dinero
- ☐ Asearse
- ☐ Recreación
- ☐ Dormitorio
- ☐ Salud

30. ¿Sabe leer y escribir?

☒ SI ☐ NO

31. El último nivel educativo que estudió fue:

- ☐ Ninguno
- ☐ Básica primaria completa
- ☐ Básica secundaria completa
- ☐ Media académica / Media técnica completa
- ☐ Normalista
- ☐ Postgrado
- ☐ Preescolar
- ☐ Básica primaria incompleta
- ☐ Básica secundaria incompleta
- ☒ Media académica / Media técnica incompleta
- ☐ Superior (universitaria)
- ☐ 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
- ☐ Ninguna

33. ¿Denunció estas situaciones? ☐ SI ☐ NO ¿Cual?_____

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

Powered by CamScanner

(selecciona una respuesta)

- [ ] [illegible]
- [x] Ninguna anterior
- [ ] Visitando hogares, malocas, cuidando a enfermos o similares
- [ ] Dinero que recibe de la familia o redes de apoyo
- [ ] Actividades sobre el [illegible]
- [ ] [illegible]
- [ ] Ninguna anterior
- [ ] Cuidando nietos, cuidando otros [illegible]
- [ ] Pagando y recibiendo [illegible]
- [ ] Actividades relacionadas con [illegible]
- [ ] Otro, cual _____

Condiciones de salud

36. Usted cree que actualmente tiene [illegible] de salud física que requieren atención

SI [ ] NO [ ]

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

SI [ ] NO [ ]

	SITUACIONES	ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO
38. En el último mes, tuvo un problema grave de salud, o alguien le manifestó preocupación por situaciones de su salud relacionadas con:	[ ] Sistema digestivo (diarrea, vómito)	SI [ ] NO [ ]
	[ ] Sistema respiratorio (tos frecuente, dificultad respiratoria, gripa, asma, EPOC)	SI [ ] NO [ ]
	[ ] Tuberculosis	SI [ ] NO [ ]
	[ ] Afecciones de piel (úlceras, heridas, granos, cambichos, ladillas, piojos)	SI [ ] NO [ ]
	[ ] Sistema cardiovascular (úlceras varicosas, problemas de 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 lesion por violencias	SI [ ] NO [ ]
	[ ] Problemas odontológicos	SI [ ] NO [ ]
	[ ] Eventos relacionados con la gestacion	SI [ ] NO [ ]
	[ ] Ninguna de las anteriores	
	[ ] Otro, cual _____	

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

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

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

Powered by CamScanner

☐ mismo(a)

☐ Dificultades diarias sin poder realizar problemas cardiacos, respiratorios

☐ Relacionarse o interactuar con las demas personas

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

42. Qué tipo de tratamiento (atención en salud) ha recibido para el consumo de SPA

☐ Ninguno
☐ Consulta externa
☐ Residencial/comunidad terapeutica/internado
☐ Ambulatorio-abierto
☐ Hospital dia
☐ Hospital noche

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

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

45. Frente a la inyección de drogas

☐ Nunca me he inyectado drogas
☐ Me he inyectado drogas alguna vez en la vida
☐ He 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, 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, 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, bolo, 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?
☐	Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	Oral / Fumada / Inhalada / Esnifada / Inyectada / Otra cual?
☐	Opiáceos (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 dias

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 éste

☒ Siempre ha vivido en este
☐ No se acuerda
☐ Nombre del municipio _____

50. Migrante

☐ SI ☐ NO
☐ Regular
☐ Irregular

Nombre país de origen _____

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

Powered by CamScanner

...bre de quien realiza la encuesta

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS: Al proporcionar sus datos personales a través de este formulario, usted otorga su consentimiento para que se recojan, almacenen y utilicen de acuerdo con nuestra política de tratamiento de datos. Puede consultarla en la página web de la UTSC en http://saludpublica.utsc.edu.co. Los datos serán utilizados únicamente con fines específicos relacionados con nuestra labores, y no serán compartidos con terceros sin su consentimiento. Además, usted tiene el derecho de acceder, modificar 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