Territorial	DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Proceso Gestión de Asistencia Técnica Procedimiento Asesoría y Acompañamiento **Instrumento Habitante en Riesgo de Calle**	Versión: 01 Código: F009-P02-AT Fecha: 2024-10-23

Fecha de captura de información: 28 Agosto 2025

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

Ubicación

1. Nombre del Municipio: Narcisa Caldas
2. Sector en el que permanece con mayor frecuencia: Centro
3. Direccion de residencia:
4. Telefono: 3205460073
5. Afiliación a EPS: [X] SI [ ] NO Cual? Salud TOTAL

Identificación del entrevistado

6. Tipo de documento de identidad: [X] CC [ ] TI [ ] RC [ ] CN [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] AS [ ] MS [ ] PEP

CC Cedula 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

7. Número de identificación: 8397451
8. Proporciona información de identificación informarlo [X] SI [ ] NO
9. 1er. Nombre: Rogelio
10. 2do. Nombre:
11. 1er. Apellido: Restrepo
12. 2do. Apellido: Osorio
13. Años cumplidos: 67
14. Fecha de Nacimiento:
15. Sexo*: [X] Hombre [ ] Mujer [ ] Intersexual [ ] Por observacion
16. Con cuál género* se identifica? [X] Masculino [ ] Femenino [ ] Mujer Transgénero [ ] Hombre Transgénero [ ] No binario [ ] Otro [ ] No informa
17. Cual es su orientación Sexual*: [X] Heterosexual [ ] Homosexual [ ] Bisexual [ ] Otro, cuál _____ [ ] No informa

Powered by CamScanner

18. Tiene usted una discapacidad? [ ] SI [x] Cual? _____

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

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

Hábitos de vida y acceso a vivienda

20. Señale si usted actualmente vive en un espacio

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

21. 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 acceso y/o tratamiento para temas de salud
- [ ] Es víctima de algun tipo de violencia
- [ ] Otro, cuál _____
- [ ] Falta de redes o grupos de familiares, amigos, conocidos o instituciones que le brinden apoyo
- [ ] Estigma y discriminación que dificulta la participación en redes afectivas, laborales de protección, entre otras
- [ ] Tiene ingresos pero son insuficientes para vivir como quisiera

22. ¿Cuales de las siguientes situaciones se presentan en su cotidianidad actualmente?

- [ ] Conflictos de convivencia con familiares o personas con las que vivia
- [ ] Desalojo o pérdida de vivienda
- [x] 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)
- [ ] Es migrante sin redes de apoyo
- [ ] Abuso sexual
- [ ] Otro, cuál _____
- [ ] Violencia intrafamiliar
- [ ] Violencia de pareja
- [ ] Pérdida de fuente de ingresos o trabajo
- [ ] El conflicto armado
- [ ] Egreso de una institución penitenciaria o de reclusión
- [ ] Ha presentado antecedentes de habitanza de calle
- [ ] Empleo del tiempo libre en actividades no productiva

Integración social

23. Actualmente se encuentra en contacto con

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

Frecuencia

- [x] Diario
- [ ] Al menos una vez al mes
- [ ] Al menos una vez cada seis meses
- [ ] Semanal
- [ ] Mas de una vez al mes
- [ ] Al menos una vez al año

24. 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)
- [ ] Amigos
- [ ] Su pareja
- [ ] Otras personas. Cuales Ninguno

Powered by CamScanner

☐ Nadie

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

- ☑ Generar ingresos
- ☐ Educación/ cultura
- ☐ Consumir o estar bajo efecto de Sustancias Psicoactivas SPA
- ☐ Otro, cuál _____
- ☐ Asistir a servicios sociales
- ☐ Deporte y/o actividades recreativas
- ☐ Asistir a servicios de salud

26. En el último mes, cuando tuvo las siguientes necesidades acudió por mayor frecuencia a: seleccione una respuesta por fila:

- ☑ Vecinos, conocidos o familiares
- ☐ Ninguna
- ☐ Servicios sociales y de salud

Necesidades:

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

27. ¿Sabe leer y escribir?

☑ SI ☐ NO

28. 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

29. ¿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

Powered by CamScanner

30. ¿Denunció estas situaciones? SI NO ¿Cuál? _____

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

32. Su principal fuente de ingreso es: (seleccione una respuesta)

- [x] Trabajo informal
- [ ] Actividades relacionadas con comercio o distribución de sustancias psicoactivas
- [ ] Otro, cual _____
- [ ] Dinero que recibe de la familia o redes de apoyo
- [ ] Actividades sexuales pagadas

Condiciones de salud

33. Usted cree que actualmente tiene

Problemas de salud física que requieren atención SI NO

Problemas de salud mental que requieren atención SI NO

NINGUNA

34. 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
[x]	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		
[ ]	Ninguna de las anteriores	SI	NO
[ ]	Otro, cuál _____		

Powered by CamScanner

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

- [x] 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
- [x] Pidió ayuda a un familiar o amigo
- [ ] Fue a hospital o centro de salud
- [ ] Fue donde una autoridad indígena espiritual (taita o chaman)
- [ ] Nada

36. 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
- [ ] Comer, vestirse o bañarse por si mismo(a)
- [ ] Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos, respiratorios
- [ ] Hablar o conversar
- [ ] Mover el cuerpo, caminar
- [ ] Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo(a)
- [ ] Relacionarse o interactuar con las demás personas
- [x] Ninguna de las anteriores

37. Consume actualmente Sustancias Psicoactivas SPA?

SI [x]

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

- [ ] Ninguno
- [ ] Residencial-cerrado-internado
- [ ] Hospital dia
- [ ] Consulta externa
- [ ] Ambulatorio-abierto
- [ ] Hospital noche

39. Ha tenido sobredosis por consumo de drogas en el último año?

SI [ ] NO [x]

40. Recibió tratamiento por la sobredosis?

SI [ ] NO [x]

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

SUSTANCIAS	FORMA DE CONSUMO
[x] 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?
[ ] Cocaina (perico, piedras, crack, etc.)	Oral | Fumada | Inhalada | Esnifada | Inyectada | Otra cual?
[ ] Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, extasis, 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?
[ ] Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)	Oral | Fumada | Inhalada | Esnifada | Inyectada | Otra cual?
[ ] Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeina, etc.)	Oral | Fumada | Inhalada | Esnifada | Inyectada | Otra cual?
[ ] Otro tipo - especificar*	Oral | Fumada | Inhalada | Esnifada | Inyectada | Otra cual?

42. Con que frecuencia la consume:

- [ ] Una o dos veces
- [ ] Semanalmente
- [ ] Mensualmente
- [x] Todos o casi todos los días

Otros aspectos relevantes para el territorio

43. Lugar de la entrevista

- [x] Espacio público (Acera, parque, playa, etc.)
- [ ] Dormitorio transitorio (hotel, pago por dia, inquilinato, residencia, camarote)

Powered by CamScanner

☐ Servicio social

☐ otro Cual

☐ Vivienda de un familiar o conocido

44. Municipio en el que vivió antes de éste

☑ Siempre ha vivido en este

☐ Nombre del municipio

☐ No se acuerda

45. Migrante

SI NO

☐ Regular

☐ Irregular

Nombre pais de origen _____

46. Se encuentra inscrito en algun programa de la Alcaldia SI NO

47. Cual es el programa _____

Nombre de quien realiza la encuesta Paula Yojana A. Rogelio Restrepo

POLÍTICA DE TRATAMIENDO 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 DTSC en https://pqrsdtscaltas.gov.co/. Sus datos serán utilizados únicamente con fines específicos relacionados con nuestro ejercicio 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.

Powered by CamScanner