FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

.IDENTIFICACION

AREA GEOGRAFICA					
- DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Sta Rosa	Urbana		La Flora	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quirama Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.874342	LONGITUD	-75.62045
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025-25	FAMILIA	1	COHORTE	B.
FECHA VISITA	5-05-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	3				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Calle 23 #9A51 Cs 22
TELEFONO	3002494795
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA					05							
AÑO					2025							

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

Vista muy bien

2. PERSONAS AUSENTES

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	SEXO – (M/F)	EDAD Unidad (días / meses / años)	ESTADO – (Activo/Inactivo)
Fabio		Valencia	Hernandez	M	69	
Diego		Valencia	Gómez	M	32	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

i. PERSONAS DE LA FAMILIA

1.Unión libre 2. Casado 3. Viudo 4. Separado o divorciado

1.Jefe 2. Conyugue o compañero 3. Hijos 4. nietos 5. Padres 6. Hermanos 7. Yerno o nuera 8. Abuelos 9. Suegros 10. Tios 11. Sobrinos 12. Primos 13. Cuñados 14. Otros parientes 15.No parientes 16.Servicio domestico puertas adentro 17.Pariente servicio domestico cuidan

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
Tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado	Discapacidad	Desmovilizado		SI/NO	No. Meses
CC	24626358	Olga	Lucia	Gomez	Senga	F	25-5-65	58	3	2	2	13	si	2	0	25	si	C	[illegible]	[illegible]	no	si	no	no	NO	NO

Tipo Documento
CC- Cedula de Ciudadanía
CE – Cedula de Extranjería
PA – Pasaporte
RC- Registro Civil
TI – Tarjeta de identidad
dif – sin filiar

Unidad de Medida
1- Dias
2 – Meses
3 – Años

Nivel Educativo
1- Preescolar
2- Secundaria
3- Técnico o Tecnológico
4- Universidad
5- Postgrado 6 – Ninguno

Actividad Ultimo Mes
0 – Sin Actividad
1- Trabajando
2- Buscando Trabajo
3- Estudiando
4- Oficios en el Hogar
5- Rentista
6- Jubilado
7- Invalido

Tipo de Usuario
1- Subsidiado
2- Contributivo
3- Pobre no Asegurado
4- Particular
5- Regimen Especial

ETNIAS
0- No sabe
1- Indígena
2- ROM(GITANO)
3- Raizal (Archipiélago San Andrés y Providencia)
4- Palenquero de san Basilio
5- Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente

Por enfermedad, accidente o nacimiento tiene alguna de las siguientes condiciones de forma permanente
1- Ceguera Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para moverse o caminar por si mismo
5- Dificultad para bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo
6- Dificultad para salir a la calle sin ayuda o acompañado
7- Dificultad para aprender o estudiar

Tipo de Discapacidad
1- Psicologica
2- Accidente Laboral
3- Accidente de Tránsito
4- Enfermedad Profesional
5- Violencia
6- Desconocido

¿Ha asistido a programas de rehabilitación de acuerdo a la discapacidad?
1 – Si
2 – No
3 – No aplica

Figura de colores: principales

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

TIPO DE VIVIENDA
- Casa o Apartamento [X]
- Cuarto
- Otro tipo
- Casa Indígena

ESTRATO
- Bajo bajo
- Bajo [X]
- Medio bajo
- Medio
- Medio Alto
- Alto

AGUA CASERA
- Sin tratamiento
- Clorada [X]
- Filtrada
- Hervida
- Clarificación
- Asoleo

TENENCIA
1. Arriendo
2. Propia Pagando [X]
3. Propia Pagada
4. Otra Condición

RIESGO DE VIVIENDA
1. Vivienda con riesgo de deslizamiento
2. Vivienda con riesgo de inundación
3. Vivienda con riesgo de colapso
4. Número de personas por habitación

RESERVORIOS DE AGUA
1. Cuantos
2. Positivos [X]
3. Tanque bajo
4. Tanque cubierto
5. Angeos en puertas y ventanas
6. Uso de toldillos

TIPO DE ALUMBRADO PRINCIPAL
1. Electricidad [X]
2. Solar, Bioenergía, Otros
3. Gas Propano (cilindro)
4. Kerosene, Petróleo, Gasolina, Cocinol, Alcohol
5. Vela
6. Ninguno

MATERIAL PREDOMINANTE EN PISO
1. Alfombra o Tapete
2. Mármol, Parque, Madera pulida, Baldosa, Viñilo, Mineral, Tableta o ladrillo [X]
3. Madera burda, Madera en mal estado, Esterilla
4. Tierra o Arena
5. Esterilla
6. Otro

Estado del piso
- bueno
- malo [X]

SERVICIO SANITARIO
1. Inodoro con conexión a alcantarillado [X]
2. Inodoro con conexión a pozo séptico
3. Inodoro sin conexión
4. Letrina o Bajamar
5. No tiene

UBICACIÓN SANITARIO
1. Dentro [X]
2. Fuera
3. No Aplica

MATERIAL PREDOMINANTE EN TECHO
1. Deshechos
2. Paja o Palma.
3. Teja de barro, Zinc, Plástico, Plancha [X]
4. Asbesto

CIELO RASO?
SI/NO [SI]

CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO [SI]

Estado del techo
- bueno
- malo [X]

DE DONDE SE TOMA EL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO
1. Acueducto [X]
2. Pozo con Bomba
3. Pozo sin Bomba, Jagey
4. Agua Lluvia
5. Río, quebrada, manantial, nacimiento
6. Pila Pública
7. Carro tanque
8. Aguatero
9. Donación

MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES
1. Bloque, Ladrillo, Madera [X]
2. Tapia pisada, adobe
3. Bahareque
4. Material prefabricado
5. Madera burda, Tabla, Tablón
6. Guadua, Caña, Esterilla, Otro vegetal
7. Zinc, tela, Cartón, Latas, Deshechos, Plásticos
8. Sin Paredes

Grietas en paredes SI/NO [NO]

ESTADO DE LA COCINA
- Presencia humo de leña [NO]
- Cocina aislada de los dormitorios
- Cocina aislada del sanitario
- Tiene nevera
- Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas

RESIDUOS SOLIDOS ALMACENAMIENTO
1. Bolsas Plásticas [X]
2. Costal o Estopa
3. Canecas Con tapa
4. Caneca Sin tapa
5. Suelo

DISPOSICIÓN
1. La recogen los servicios de aseo [X]
2. La entierra
3. La queman
4. La tiran al patio, lote, zanja o baldío
5. La tiran al río, caño, quebrada, laguna
6. La eliminan de otra forma

APROVECHAMIENTO (DE LOS RESIDUOS SOLIDOS)
1. Lombricultivo
2. Abono
3. Reciclados [NO]

Separado de la Fuente

LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE
- Energía eléctrica [X]
- Gas Natural Domiciliario [X]
- Recolección de Basura [X]
- Alcantarillado [X]
- Teléfono
- Acueducto [X]

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA
- Detergente [X]
- Pesticidas
- Agroindustrial
- Gasolina o Inflamable
- Plaguicidas
- Adecuado

OTROS DATOS ADICIONALES

Actividad lucrativa dentro de la vivienda [NO] Nombre de la actividad

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA
- Consume medicamentos bajo fórmula médica SI/NO [SI]
- Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad SI/NO [SI]
- ¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? SI/NO [SI]

1. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(BIRG)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Método de planificación	Esquema de vacunación completo	N. Horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al Día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organizaciones en su del barrio o la escuela	Cuidador del joven	Presencia de maltrato	Acompañamiento a sus padres en actividades de tipo recreativo	Uso del tiempo libre
			Peso (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este dentro de celda de interés)													

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Ovulógico 7. Condón 8. Óvulos, tabletas 9.Implante subdérmico 10. Emergencia 11. Otros

1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. No consume

1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4.Hogar Infantil o comunitario 5. Otro

1.Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillado al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria El (1-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta s	4.Carnes, huevos leguminosas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consulta prioritaria clase AIEPI	N° de atenciones por crecimiento y desarrollo	Control odontológico en últimos 6 meses	Ha asistido al día	Uso sede social	Aplicación de flúor en últimos 6 meses	Control de placa en últimos 6 meses	Presencia de maltrato	N° Consultas al año	Tipo de alimento consumido en la última diada EJ.(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (dato tomado en salud de la mujer)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										1.Leche materna, fórmula, tubérculos y plátano	2.Leche diferente a la materna	3.Fruta	4.Cereales, huevos	5.Lácteos	6.Carne y vísceras

EXPERIMENTACION			Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitado en el último año	Prácticas nocivas (uso de mecheros antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Control C y D	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Suero Persorales en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remite			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL BPA															C y D	Programa salud bucal	Otro / Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro									1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabajo 5. Nada				

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud. Departamento de Risaralda

Version 13
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Sintomas de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			Peso (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)										Licor	Nº Cigarrillos al día	EPA	Comida chatarra
		NO	74	168		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	6 horas	NO	NO	NO	SI

1. SI 2.No 3.No aplica

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Óvulos, tabletas 9. Implante subdérmico 10. Emergencia 11. Otros

1. Mensual 2. Bimensual 3. Semestral 4. Nunca

1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. No consume

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria SI(1-4)						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cardiovascular	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Frutas y verduras frescas	3.Fruta	4.Carne de res, pollo, huevos, cerdo y mariscos	5.Lácteos	6.Grasas y aceites	Programa materno infantil	Programa Salud Oral	Planificación familiar	Citología	Observaciones
normal	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO

Cintura: 85
cadera: 101

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a consulta de adulto	Diagnosticado previamente por médico	Gestación vigente	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de pantorrilla	Jornada nocturna laborada	Semana de gestación	Asiste a consulta de odontología en el último año	Asistencia a consulta de Planificación en el último año	Planificado por método	Glicemia de ayuno	Asistencia a toma de muestra
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Dato calculado automáticamente)		Licor	N° Cigarrillos/día	BPA	Consumo de alcohol	Sistólica	Diastólica									

1.Mensual 2.Bimestral 3.Semestral 4.Nunca

Identificación	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remite a						
	1.Diabetes tipo	2.Hipertensión	3.Cardiovascular	4.Obesidad	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Insuficiencia renal	EPOC	1.Consumo de verduras y frutas	2.Consumo de lácteos y derivados	3.Frutas	4.Consumo de huevos, lácteos y derivados	5.Leche	6.Consumo de carne y visceras	Programa Adulto	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Toma de Visual	Citología	Pruebas de laboratorio y diagnóstico	Observaciones

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas contra la obesidad	Examen de próstata en los últimos 3 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			No. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cintura	Índice cintura cadera	Servicios de interés	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Observaciones de Capitación
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Base calculo valores de acuerdo a edad)		Licor	Nº Cigarrillos/día	SPA	Consumo de alcohol	Sistólica	Diastólica								

Autogestión de servicios	Monitoreo	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remite a						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Acto mental	4.Cáncer	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, tubérculos y	2.Alimentos de origen animal	3.Frutas	4.Comida rápida	5.Lácteos	6.Otros	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Terapia Física	Citología	Ruta de proceso atención y tratamiento	Observaciones

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

1	ETA	☐
2	IRA	☐
3	EDA	☐
4	TUBERCULOSIS O LEPRA	☐
5	MALARIA	☐
6	DIABETES MILLITUS	☐
7	CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS	☐
8	CHIKUNGUYA	☐
9	SINTOMATICO RESPIRATORIO	☐
10	OTRO / CUAL _____	☐
11	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	☐
12	VIOLENCIA SEXUAL	☐
13	TRASTORNO MENTAL Y/O DEL COMPORTAMIENTO	☐

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

1	ENFERMEDAD CORONARIA	☐
2	ENFERMEDAD RESPIRATORIA	☐
3	HOMICIDIO	☐
4	SUICIDIO	☐
5	ACCIDENTE DE TRANSITO	☐
6	CANCER	☐
7	VIH	☐
8	TUBERCULOSIS O LEPRA	☐
9	ENFERMEDAD PROFESIONAL	☐
10	ACCIDENTE LABORAL	☐
11	OTRO / CUAL	☐

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Santa Rosa	La Flora.	Clle 23 #7-63.	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	05	05	2025	V2				V3			
Responsable: Responsable 2:	Patricia Quintero Alzate			Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° teléfono contacto
		3225583789.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización e identificación de riesgos de la familia en general
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

Tipos de riesgo en los hallazgos: Alto. (A) Medio. (M) Bajo. (B)

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Viviendo en saludables condiciones	Usuaria con venta de alimentos preparados, se observa una buena estructura física, no presencia de roedores, con vasos sanitarios adecuados, refrigerador, vacunado refiere contar con todos los servicios públicos	A M B	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuaria sana.	Usuaria refiere sentirse bien, en un ambiente psicosocial adaptable para ella, remito a programa de juventud, salud bucal.	A M B	A M B	A M B

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2			A M S	A M S	A M S
3			A M S	A M S	A M S
4			A M S	A M S	A M S
5			A M S	A M S	A M S
6			A M S	A M S	A M S
7			A M S	A M S	A M S
8			A M S	A M S	A M S
9			A M S	A M S	A M S
10			A M S	A M S	A M S

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedore SI/NO
EROS									NO
TOS	0	1	1	1	0	1	NO		Caracol africano SI/NO
UINOS		AVES		PORCINOS			NO		NO
ROS		CUALES:							

6. AMBIENTE PSICOLOGICO (Aplica solo para personas mayores de 10 años).

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que le besen en la boca o toquen sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se aseo 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otro grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminuyo de peso 4. No duerme, duerme mucho o mantiene con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se ve exteriorada sin razón 2. Toma mucho licor o otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor o otras drogas, pelea, insulta, tiene celotipia 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Olga Lucia Gomez	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2										
3										
4										
5										
6										

7. AMBIENTE SOCIAL

	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. (SI / NO)	Se relaciona con sus vecinos. (SI / NO)	Uso espacios identificados por parte de los niños	Considera en el último mes buscar atención médica. (SI / NO)	Considera en el último mes buscar atención odontológica. (SI / NO)	Considera en el último mes buscar atención psicológica. (SI / NO)	Ha asistido a consulta médica en el último mes. (SI / NO)	Ha asistido a consulta odontológica en el último mes. (SI / NO)	Participa en grupos o organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Casa/a comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Asistido el Estado	3. Grupo	4. Vendedor	5. Ecologia	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Olga Luz Gomez	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a alguna de apoyo social de la Secretaria de Salud		Otro ¿Cuál?	Pertenece al programa

1. Nuclear
2. Monoparental
3. Extensa
4. Reconstituida
5. Persona sola.

1. Ampliado de Inmunizaciones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Rural.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Crónicos.
8. OLS o Secretaría.
9. TBC y Lepra
10. Seguridad Laboral
11. Zoonosis y ETV.
12. Emergencias y Desastres
13. Salud Ambiental.
14. Prestación de Servicios.
15. Hospital.
16. Otro.
17. Dirección local de Salud.

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción.
3. Juntas de Acción Comunal.
4. Madre Paraíso.
5. Ninguno

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

GESTANTES

Version 13.
30042024

	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual gestante	Planificación al momento del evaluación	Asistencia a controles prenatales	Nro. de controles	Asistencia a controles posteriores a la	Consentimiento informado/negativa	Tamizaje Toxicológico		Serología	VIH/ sensibilidad	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1er	2do			1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preeclampsia previa	4.Alteración del metabolismo	5.Cáncer		Fecha última menstrual FUM	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso actual (Kgs)	Talla (Mts)	Talla (cms)	IMC/C. Braq. (Solo para valoración nutricional en gestantes)	Tensión arterial	Hemoglobina/ Hematocrito

Tipo de embarazo	ANTECEDENTES OBSTETRICOS									Antecedente embarazo anterior (Último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Riesgo obstétrico	Intervención consejería	Historia Gestacional						Estado actual de los Hijos														
			Nº de gestaciones	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos	Gestaciones anteriores	Hipertensión inducida	Preeclampsia	Hipertensión crónica preexistente	Sobrepeso/ Obesidad	Aborto recurrente	RCIU	Fecha último parto	Tipo parto	Serología	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis	
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Hábitos			Por qué no los cesó?	Signos de alarma					Planificación de acuerdo a su estado	Riesgo						
	Alcohol	Activo Pasivo	Cafeína		Dolores de cabeza intensos (migrañas o dificultad para caminar)	Disminución de movimientos fetales (menos de 10 en 12 horas) o ausencia de ellos	Sangrado vaginal o pérdida de líquido	Mareos o desmayos	Dolores abdominales persistentes		Consejería Preconcepcional	Ácido Fólico Preconcepcional	Riesgo Biomédico	Vacunación	Citología	Fitosifilis	Observaciones

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA GTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Ingreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Control de CYD	Número de veces que limpia la arruga de su bebe al día	Cuidador niños y niñas
		Gestacional	Infantil	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL					

Tiempo en meses

1. Padres
2. Otro Familiar
3. Vecino o Amigo
4. Hogar Infantil o comunitario
5. Otro

¿Recibe almuerzo o refrigerio en guardería o escuela?	Consulta odontológica en los últimos 6 meses	Llevar a sus hijos a actividades laborales	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo para la edad	Remitir a			
							CYD.	PROGRAMA PAI	OTRO CUAL	OBSERVACIONES

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

0. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consulta prioritaria por AIEPI	N. de Horas de actividad fisica semanal	Consumo adecuado de cereales o mezcla	Nro deposiciones al dia	Uso seda dental	Aplicacion de flour diarias o mensual	Consumo de jugos o frutas	Desparasitado	N° Comidas al dia	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria E,(0-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de manera automatica)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raices, tubers, platanos y papas	2.Huevos y leguminosas secas	3.Frutas	4.Carnes, visceras, huevos y leguminosas secas y	5.Lacteos	6.Grasas y dulces

EXPERIMENTACION			Participación en organismos del barrio o la escuela	Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Practica lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Control C y D	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitira			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL BPA														C y D	Programa Salud Bucal	Otro / Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro								1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada				

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(Bimo)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje vitual a los 10 y a los 17 años	Metodo de Planificación	Esquema de vacunación completo	N° Gestaciones de adolescente hasta el momento	N° Consumos de cigarrillo al Dia	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organizaciones de la vereda/barrio o la escuela	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Dato cargue automático)													

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Óvulos, tabletas 9.Implante subdérmico 10. Emergencia 11. Otros

1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. No consume

1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar infantil o consultorio 5. Ota

1.Juega 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria El (1-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres de hoja verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos legumbres secas y nueces	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Gestante	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control urológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Dato aarrojado automáticamente)										Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Consume alcohol

1. Si 2.No 3.No aplica

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Óvulos, tabletas 9. . Implante subdérmico 10. Emergencia 11. Otros

1. Mensual 2. Bimensual 3. Semestral 4. Nunca

1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. No consume

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria (U/144)						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión arterial	3.Cardiopatía isquémica	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión arterial	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Verduras, leguminosas y frutas	3.Proteínas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mantequilla	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares	Programa crecimiento y desarrollo Joven	Programa crecimiento y desarrollo Adulto	Planificación familiar	Citología	Observaciones

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa primera infancia	Hacen parte de los siguientes grupos	Consejería vigente	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Ingesta dietaria optima	Consumo de medicamentos	Asesoría en autocuidado en el último año	Asesoría psicológica en el último año	Planificación	Examen de laboratorio	Autocuidado
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Dato generado en excel)		Licor	N° Cigarrillos/día	GPA	Consejería	Sistólica	Diastólica									

1.Mensual 2.Bimensual 3.Semestral 4.Única

Manejo por	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Rendir a						
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer	4.Cáncer de	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Cáncer	Enfermedad renal	EPOC	1.Carne (res, cerdo, cordero) cinco y pollo (3)	2.Leche y huevos (4)	3.Frutas	4.Cereales, tubérculos y plátanos	5.Leguminosas	Grupos de la dieta	Pregnancia Adulta	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Tamizaje Cervical	Citología	Ruta de atención materno perinatal	Observaciones

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Acceso a programas de atención integral	Examen de próstata en hombres de 50 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Practica adecuada de autocuidado		Perímetro abdominal	Perímetro de muñeca	Indice cintura cadera	Signos de maltrato	Aplicó el esquema de vacunación en el último año	Asistencia psicosocial durante el último año	Psicoafectividad en familia	Esquema de tratamiento
					PESO (KG)	TALLA (CM)	IMC (Este campo se calcula de manera automática)		Licor	No. Cigarrillos día	Sustancias psicoactivas	Consumo de alcohol	Diastólica	Sistólica								
4263 SB	Olga Lucia Gomez.	no	no	si	62	1.68	0	0	0	0	0	si	120	80	79	81	0	no	si	no	no	no

Asistencia a dos citas	Menarquia	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
		1.Diabetes	2.Hipertension	3.Cancer uterino	4.Cancer de seno	5.Otro	Diabetes	Hipertension	Obesidad	Enfermedad mental	EPOC	1.Carnes rojas, pescado y otros	2.Frutas ricas en fibra y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, lacteos, huevos y legumbres	5.Lacteos	6.Otros de y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa de Salud Bucal	Planificación Familiar	Terapias Ocupacionales	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
si	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	si	si	si	si	poi	no	si	no	no	no	no	no	

cotutral

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

1	ETA	☐
2	IRA	☐
3	EDA	☐
4	TUBERCULOSIS O LEPRA	☐
5	MALARIA	☐
6	DIABETES MILLITUS	☐
7	CANCER EN MENORES DE 18 AÑOS	☐
8	CHIKUNGUYA	☐
9	SINTOMATICO RESPIRATORIO	☐
10	OTRO / CUAL _____	☐
11	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	☐
12	VIOLENCIA SEXUAL	☐
13	TRASTORNO MENTAL Y/O DEL COMPORTAMIENTO	☐

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

1	ENFERMEDAD CORONARIA	☐
2	ENFERMEDAD RESPIRATORIA	☐
3	HOMICIDIO	☐
4	SUICIDIO	☐
5	ACCIDENTE DE TRANSITO	☐
6	CANCER	☐
7	VIH	☐
8	TUBERCULOSIS O LEPRA	☐
9	ENFERMEDAD PROFESIONAL	☐
10	ACCIDENTE LABORAL	☐
11	OTRO / CUAL	☐

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha Familiar No.
Santa Rosa	La Flora	Clle 23 # 9A51 Casa	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	5	5	2025	V2				V3			
Responsable 1: Responsable 2:	Patricia Quiroga Acevedo			Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	N° teléfono contacto
Fabio Valencia Mancilla.	Olga Lucia Gomez Serna	3002494776

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización e identificación de riesgo de la familia en general.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

Tipos de riesgo en los hallazgos: Alto. (A) Medio. (M) Bajo. (B)

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuaria no permite el ingreso a la vivienda	Es usuaria en silla de ruedas, recibe la visita en la puerta, refiere cuentas con todos los servicios públicos, presenta de vez en cuando dificultad para respirar, se observa tranquila, acompañada cuidada por su hijo en el momento. Los pisos, se observan en buen estado	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)
2			(A) (M) (B)	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)
3			(A) (M) (B)	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)
4			(A) (M) (B)	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1		La adulta mayor presenta varias afecciones en salud, requiere valoración y manejo por especialistas, está en control por su EPS, apoyo psicológico. remito al programa del adulto mayor.	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B
5			A M B	A M B	A M B
6			A M B	A M B	A M B
7			A M B	A M B	A M B
8			A M B	A M B	A M B
9			A M B	A M B	A M B
10			A M B	A M B	A M B

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

.IDENTIFICACION

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Santa Rosa	Urbana		La Flora	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quiruga Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.874347	LONGITUD	-75.62048
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025-25	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	05-05-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	4				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Clle 23 #9-47
TELEFONO	3114156625
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA					05							
AÑO					2025							

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

2. PERSONAS AUSENTES

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	SEXO – (M/F)	EDAD Unidad (días / meses / años)	ESTADO – (Activo/Inactivo)
Julio	Cesar	Cardona	Ramos	M	73	
Manuela		Cardona	Garcia	F	23	
Juan.	Manuel	Quintero	—	M.	22.	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

i. PERSONAS DE LA FAMILIA

1.Unión libre 2. Casado 3. Viudo 4. Separado o divorciado

1.Jefe 2. Conyugue o compañero 3. Hijos 4. nietos 5. Padres 6. Hermanos 7. Yerno o nuera 8. Abuelos 9. Suegros 10. Tios 11. Sobrinos 12. Primos 13. Cuidados 14. Otros parientes 15.No parientes 16.Servicio doméstico/cuidadores 17.Patrono servicio doméstico/otro

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
Tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Discapacidad	origen	tipo	Desmovilizado	SI/NO VLA	SI/NO	No. Meses
1	24621585	Doris		Gaviria	Betancourth	F	23-12-69	20	3	2	2	1	SI	1	4	0	NO	C	SANITAS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											

Tipo Documento
CC – Cedula de Ciudadanía
CE – Cedula de Extranjería
PA – Pasaporte
RC – Registro Civil
TI – Tarjeta de Identidad
NT – No Tiene

Unidad de Medida
1- Días
2 – Meses
3 – Años

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Técnico o Tecnológico
4- Universidad
5- Preescolar 6 - Ninguno

Actividad Último Mes
0 – Sin Actividad
1- Trabajando
2- Buscando Trabajo
3- Estudiando
4- Oficios en el Hogar
5- Rentista
6- Jubilado
7- Incapaz

Tipo de Usuario
1- Subsidiado
2- Contributivo
3- Pobre no Asegurado
4- Particular
5- Regimen Especial

ETNIAS
0- No aplica
1- Indígena
2- ROM(GITANO)
3- Raizal (Archipiélago San Andrés y Providencia)
4- Palenquero de San Basilio
5- Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente

Por enfermedad, accidente o nacimiento tiene alguna de las siguientes condiciones de forma permanente
1- Ceguera Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para moverse o caminar por sí mismo
5- Dificultad para bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo
6- Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañía
7- Dificultad para aprender o entender

Tipo de Discapacidad
1- Patológica
2- Accidente Laboral
3- Accidente de Tránsito
4- Enfermedad Profesional
5- Violencia
6- Desconocido

Ha asistido a programas de rehabilitación de acuerdo a la discapacidad
1 – Si
2 – No
3 – No aplica

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

4. AMBIENTE FISICO

Versión 13.
30042024

TIPO DE VIVIENDA
- Casa o Apartamento
- Cuarto
- Otro tipo
- Casa Indígena

ESTRATO
- Bajo bajo
- Bajo
- Medio bajo
- Medio
- Medio Alto
- Alto

AGUA CASERA
- Sin tratamiento
- Clorada
- Filtrada
- Hervida
- Clarificación
- Asoleo

TENENCIA
1. Arriendo
2. Propia Pagando
3. Propia Pagada
4. Otra Condición

RIESGO DE VIVIENDA
1. Vivienda con riesgo de deslizamiento
2. Vivienda con riesgo de inundación
3. Vivienda con riesgo de colapso
4. Número de personas por habitación

RESERVORIOS DE AGUA
1. Cuantos
2. Positivos
3. Tanque bajo
4. Tanque cubierto
5. Angeos en puertas y ventanas
6. Uso de toldillos

ESTADO DE LA COCINA
- Presencia humo de leña
- Cocina aislada de los dormitorios
- Cocina aislada del sanitario
- Tiene nevera
- Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas

LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE
- Energía eléctrica
- Gas Natural Domiciliario
- Recolección de Basura
- Alcantarillado
- Teléfono
- Acueducto

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA
- Detergente
- Veterinaria
- Agroindustrial
- Gasolina o inflamable
- Plaguicidas
- Adecuado

TIPO DE ALUMBRADO PRINCIPAL
1. Electricidad
2. Solar, Bioenergía, Otros
3. Gas Propano (cilindro)
4. Kerosene, Petróleo, Gasolina, Cocinol, Alcohol
5. Vela
6. Ninguno

MATERIAL PREDOMINANTE EN PISO
1. Alfombra o Tapete
2. Mármol, Parque, Madera pulida, Baldosa, Vinilo, Mineral, Tableta o ladrillo
3. Madera burda, Madera en mal estado, Esterilla
4. Tierra o Arena
5. Esterilla
6. Otro

Estado del piso
- bueno
- malo

RESIDUOS SOLIDOS ALMACENAMIENTO
1. Bolsas Plásticas
2. Costal o Estopa
3. Canecas Con tapa
4. Caneca Sin tapa
5. Suelo

SERVICIO SANITARIO
1. Inodoro con conexión a alcantarillado
2. Inodoro con conexión a pozo séptico
3. Inodoro sin conexión
4. Letrina o Bajamar
5. No tiene

UBICACIÓN SANITARIO
1. Dentro
2. Fuera
3. No Aplica

MATERIAL PREDOMINANTE EN TECHO
1. Deshechos
2. Paja o Palma
3. Teja de barro, Zinc, Plástico, Plancha
4. Asbesto

CIELO RASO?
SI/NO

CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO

Estado del techo
- bueno
- malo

DISPOSICIÓN
1. La recogen los servicios de aseo
2. La entierra
3. La queman
4. La tiran al patio, lote, zanja o baldío
5. La tiran al río, caño, quebrada, laguna
6. La eliminan de otra forma

DE DONDE SE TOMA EL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO
1. Acueducto
2. Pozo con Bomba
3. Pozo sin Bomba, Jagey
4. Agua Lluvia
5. Río, quebrada, manantial, nacimiento
6. Fila Publica
7. Carro tanque
8. Aguatero
9. Donación

MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES
1. Bloque, Ladrillo, Madera
2. Tapia pisada, adobe
3. Bahareque
4. Material prefabricado
5. Madera burda, Tabla, Tablón
6. Guadua, Caña, Esterilla, Otro vegetal
7. Zinc, tela, Cartón, Latas, Deshechos, Plásticos
8. Sin Paredes

Grietas en paredes SI/NO

APROVECHAMIENTO (DE LOS RESIDUOS SOLIDOS)
1. Lombricultivo
2. Abono
3. Reciclados

Separado de la Fuente

OTROS DATOS ADICIONALES

Actividad lucrativa dentro de la vivienda — Nombre de la actividad

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA
- Consume medicamentos bajo fórmula médica SI/NO
- Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad SI/NO
- ¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? SI/NO

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedore SI/NO
ROS	0	0	0	0	0	0	NO		NO
TOS									Caracol africano SI/NO
									NO
UNOS		AVES		PORCINOS			NO		
ROS		CUALES:							

6. AMBIENTE PSICOLOGICO (Aplica solo para personas mayores de 10 años).

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, o que le besen en la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente irrita 2. No se aseo 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperada 2. Siente que no se puede quedar quieta 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otro grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o mantiene con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor o otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor o otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y se porta	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Maria Doris Garcia	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2										
3										
4										
5										
6										

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso aquietes Calmantes por parte de los niños	Consideró en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención psicológica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontológica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. UPS, Centro o Puesto de Salud	2. Casa o cultural	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Asistida o física	3. Deporte	4. Manualidades	5. Gastrología	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Maria Doris Garcia	NO	NO	Si	NO	NO	Si	NO	Si	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaria de Salud	Otra / Cual?	Pertenecen el programa

1. Nuclear
2. Monoparental
3. Extensa
4. Reconstruida
5. Persona sola

1. Ampliado de Inmunizaciones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Bucal.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Crónicos.
8. DLS o Secretaria.
9. TBC y Lepra
10. Seguridad Laboral
11. Zoonosis y ETV.
12. Emergencias y Desastres
13. Salud Ambiental.
14. Prestación de Servicios.
15. Hospital.
16. Otro
17. Dirección local de Salud.

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción.
3. Juntas de Acción Comunal.
4. Madre Pavalón.
5. Ninguno

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

GESTANTES

								Tetanico Toxoides				Antecedentes familiares						Embarazo actual								
	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asistencia controles prenatales	No. de controles	Asistencia a controles planificación sexual	Consumo sustancias psicoactivas	1a.	2a.	Anticoncepción	VIH/ Sensibilidad	A. FETAL CARDIACA	B. Obesidad	C. Hipertensión	D. Diabetes/ Antecedentes	E. Otros	Antecedentes Psiquiatricos	Fecha última menstruación/ dia	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso actual (Kgs)	Talla actual (Kgs)	Talla (cms)	I.M.C. (Dato calculado automaticamente al digitar el peso)	Tensión arterial	Observaciones

Tipo de embarazo	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Antecedentes embarazo anterior (Ultimo embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Abortos espontaneos	Embarazos ectopicos	Muerte Gestacional						Estado actual de los Hijos		Enfermedad gestacional	Hipertensión gestacional	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Sufrimiento fetal	Muerte neonatal	R.C.I.U.	Partos antes de 37 semanas	Tipo parto	Serología	P.T.A.-A.R.	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis
			Hijo(s) prematuros	Padres vaginales		Cesareas		Abortivos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Discapacidades			Por ajuste con los controles?	Signos de alarma					Psicosocial de atención de alarma	RIAS a						
Visuales	Auditiva Verbal	Cognitiva		Sangrado vaginal (cantidad o frecuencia o ambos)	Disminución de movimientos fetales (ausencia de ellos después de la semana 28)	Secreción vía Liquido en [illegible] olor anormal	Hinchazón (edema) en la cara o Hinchazón exagerada de los pies	Dolor de cabeza persistente		Consulta Prenatal	Control Psicoprofiláctico	Salud Oral	Vacunación	Citología	Planificación	Observaciones

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA GTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Egreso hospitalario por IRA y EDA en los ultimos 6 meses	Presencia de maltrato	Control de CyD	Número de veces que limpia la encia de su bebe al dia	Cuidado niños y niñas
		Gestacional	Meses	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL					

Tiempo en meses

1. Padres
2. Otro Familiar
3. Vecino o Amigo
4. Hogar Infantil o comunitario
5. Otro

¿Recibe almuerzo o refrigerio en guardería o escuela?	Consulta odontológica en los últimos 6 meses	Lleva a sus hijos a actividades laborales	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo para la edad	Remitir a			
							CYD.	PROGRAMA PAI	OTRO CUAL	OBSERVACIONES

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

0. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce practicas de AIEPI	N. de Horas de actividad física semanal	Consumo adecuado de vitamina A cada 6 meses	NO. desparasitado al año	Uso seda dental	Aplicación de flúor cada 6 meses	Control de placa cada 6 meses	Preparado de maltratos	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria (1,14-1)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de manera automática)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Leche y derivados lácteos y bebidas vegetales	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas	5.Bebidas	6.Otros y cuales

EXPERIMENTACION			Participación en organizaciones del barrio o la vereda	Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Prácticas de lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Control CyD	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														CyD	Programas salud mental	Otro / Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. Ocasionales 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro									1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada				

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Metodo de Planificación	Esquema de vacunación completo	N° de horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al Dia	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de sustancias inhalantes	Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Cuidador del joven	Propensión de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)													

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Coito retirado 7. Condón 8. Óvulos, tabletas 9.Implante subdérmico 10. Emergencia 11. Otros

1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. No consume

1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro

1.Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Consumo de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria El/La-él						Remitir a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos legumbres secas y mariscos	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Terminal o Visual	Observaciones

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de Orofatela	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de tomas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)										Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Consumo cloruro

1. Si 2.No 3.No aplica

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgica 7. Condón 8. Óvulos, tabletas 9. . Implante subdérmico 10. Emergencia 11. Otros

1. Mensual 2. Bimensual 3. Semestral 4. Nunca

1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. No consume

Presión arterial	Antecedentes Familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria BJ(144)						Remite a				
	1.Cáncer de	2.Hipertensión arterial	3.Cardiopatía coronal	4.Diabetes	5.Otros	Diabetes	Hipertensión Arterial	Enfermedad renal crónica	Enfermedad cardiaca isquémica	EPOC	Cáncer	1.Cereal, raíces, tubérculos y plátanos	2.Cereal, leche y leguminosas, carnes y huevos	3.Frutas	4.Carne, pescado, huevos, leguminosas, carnes y huevos	5.Lácteos	6.Grasas y aceites	Programa Joven	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Citología	Observaciones