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

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 programas comunitarios	Examen de próstata en hombres mayores de 40 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro cefálico	Incisivo central superior	Esquema de vacunación	Asesoría de crecimiento y desarrollo en el último año	Asesoría prioritaria (Si/No) en el último año	Periodicidad en Meses	Examen de laboratorio	Actividades realizadas
					PESO (Kg)	TALLA (Cms)	IMC (Solo aplica en mayores de 10 años)		Licor	N° Cigarrillos/día	BPC	Consumo de drogas	Sistólica	Diastólica									

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

Identificación	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
	1.Cardiopatía isquémica	2.Arritmias	3.Cáncer gástrico	4.Cáncer de seno	5.Cáncer de próstata	Diabetes mellitus	Hipertensión arterial	Cáncer de piel	Enfermedad renal crónica	EPOC	1.Cereales (arroz, maíz, trigo, avena y otros)	2.Frutas y verduras frescas	3.Frutas	4.Carnes (res, cerdo, pollo, pescado, huevos)	5.Lácteos	6.Otros (aceites y grasas)	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje de cáncer	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	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	Asiste a orientación del autocuidado	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cintura	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asesoría en alimentación en el último año	Asesoría psicológica en el último año	Planificación Fin Familiar	Signos de riesgo
					PESO (Kg)	TALLA (Cms)	IMC (Diligencie automáticamente)		Licor	N° Cigarrillos día	SPA	Consulta urgencias	Sistólica	Diastólica								
1621085	Hna Doris García	NO	NO	SI	57	1,60	0	0	NO	NO	NO	NO	130	80	78	89	0	NO	NO	NO	NO	NO

Asesoramiento en el mes	Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remite a						
		1-Diabetes	2-Hipertensión	3-Cáncer mama	4-Cáncer	5-Otro	Diabetes	Hipertensión	Epilepsia	Enfermedad mental	EPOC	1-Carnes rojas, huevos, cerdo y	2-Leche, queso y productos verdes	3-Frutas	4-Cereales, tubérculos y leguminosas	5-Lácteos	6-Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de grupos y manejos	Observaciones
SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO

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 Hora	Calle 23 #9-47	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	05	05	2025	V2				V3			

Responsable 1: Responsable 2: (Nombre, Ocupación, Parentesco)

Responsable 1: Responsable 2:

Responsable 1: Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar	Nombre de quien recibe la visita	N° teléfono contacto
Julio cesar Cardona llanos	Doris Garcia betancurth	3144158625

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. adecuados condiciones	Se observa en buenas condiciones la. estructura física de la casa, cuenta con. todos los servicios, no posee insectos, Tiene presente. los riesgos psicologicos. tiene una adecuada armonía social.	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	Adulto con. Diabetes y Epoc en tto.	Usuaria refiere que. pertenece de la afiliación en su eps remito al programa del adulto mayor, Tamizaje bucal, y rete. de promoción y mantenimiento de la. salud. tambien remito a higiene bucal.	A M B	A M B	A M B

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

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 Quintana Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.874355	LONGITUD	-75.62050
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA

VIVIENDA	2025-24	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	05-05-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN

FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Clle 23 # 9-29
TELEFONO	3116068974
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)
Kelly	J Ubaldo	Sanchez	Ospino.	F.	20	

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/cuidandero 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 APREHENDIDOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.N.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	Desarrollo		SI/NO	No. Meses
CC	25162082	Marina	Ospina	Toro		F	21-6-1962	58	A	4	1	6	Si	6	1	0	60	S	[illegible]	[illegible]	NA	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	NA	[illegible]

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

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Tecnica o Tecnologico
4- Universidad
5- Preescolar 0 - Ninguno

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

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

ETNIAS
0- No aplica
1- Indigena
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 vejez usted tiene alguno de los siguientes condiciones de Forma permanente
1- Ceguera Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para vivernse o cuidarse por si mismo
5- Dificultad para caminar, vestirse, alimentarse por si mismo
6- Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañia
7- Dificultad para aprender o estudiar

Tipo de Discapacidad
1- Psicologica
2- Auditiva y/o Lubgual
3- Ambiental de Vivienda
4- Enfermedad Profesional
5- Visceral
6- Desconocido

Se asistio a programas de rehabilitacion de acuerdo a la discapacidad
1 – Si
2 – No
3 – No sabe

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

TIPO DE VIVIENDA
1.Casa o Apartamento [X]
2.Cuarto
3.Otro tipo
4.Casa Indigena

ESTRATO
1.Bajo bajo
2.Bajo
3.Medio bajo [X]
4.Medio
5.Medio Alto
6.Alto

AGUA CASERA
1.Sin tratamiento
2.Clorada [X]
3.Filtrada
4.Hervida
5.Clarificación
6.Asoleo

TENENCIA
1. Arriendo [X]
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 3

RESERVORIOS DE AGUA
1. Cuentos
2. Positivos [X]
3. Tanque bajo [X]
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, Vinilo, 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 [X]
malo

ESTADO DE LA COCINA
1. Presencia humo de leña 30
2. Cocina aislada de los dormitorios
3. Cocina aislada del sanitario
4. Tiene nevera
5. 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

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 51
CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO 52

Estado del techo
bueno [X]
malo

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 rio, caño, quebrada, laguna
6.La eliminan de otra forma

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.Rio, quebrada, manantial, nacimiento
6.Rla Publica
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

APROVECHAMIENTO (DE LOS RESIDUOS SOLIDOS)
1. Lombricultivo
2.Abono
3.Reciclados 78

Separado de la Fuente

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

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA
Detergente [X] — Gasolina o inflamable
Pólvora — Plaguicidas
Agroindustrial — Adecuado

OTROS DATOS ADICIONALES
Actividad lucrativa dentro de la vivienda 61 — Nombre de la actividad: Venta de carnes

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA
Consume medicamentos bajo fórmula médica SI/NO 54
Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad SI/NO 55
¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? SI/NO 56

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
EROS		1	1	1	0	0	NO	SI/NO
TOS	1		1	1	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, o que lo besen en la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojado 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. Hace 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 amanece 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 desarreglado 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 no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Haiing Ospina	NO	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 negativo cometidos por parte de los niños	Consultó en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consultó en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consultó en el último mes buscar atención psicológica. SI / NO	Ha asistido a consulta oftalmológica 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. Cancha comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Asistido # Hijos	3. Grupos	4. Veredaria	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Mónica Ospina	No	No	Si	Yes	Yes	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenencia a alguna de la(s) zona(s) de la Secretaría de Salud		Otro / Cual?	Pertenecer 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 Bucal.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Crónicos.
8. CLS 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 Pasión.
5. Ninguno

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

Version 13
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a controles de crecimiento y desarrollo	Examen de próstata en los últimos 3 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de frutas de consumo diario	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cintura	Indice cintura cadera	Consulta de urgencias	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificada del familiar en el último año	Planificación familiar	Observaciones de tamizaje
					PESO (Kg)	TALLA (Cms)	IMC (Mide cuando se cumplen dos años)		Licor	Nº Cigarrillos al día	BPA	Consumo de alcohol	Diastólica	Sistólica								
SIEZ 102	Marina Ospina	AO	NO	NO	55.	157	0	0	Si	NO	NO	NO	120	60	70	96	0	NO	Si	NO	NO	NO

Autoexamen mama de cada mes	Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Obesidad	4.Cáncer	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, tubérculos y plátanos	2.Frutas y verduras	3.Proteínas	4.Consumo de leguminosas	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Terapias Ocupacional	Citología	Riesgo de presentar enfermedades inmunes	Observaciones
NO	NO	NO	NO	NO	Si	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	NO	Si	Si	Si	

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

Version 13.
30042024

. GESTANTES

#	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asistencia a controles prenatales	Mes de gestación	Asistencia a cursos psicoprofilácticos	Consumo sustancias psicoactivas	Tamizaje Fetales		Infecciones	ITS y vacunas	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Diabetes	2.Obesidad	3.Preeclampsia	4.Obstetrico desenlace	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso pregest. (Kgs)	Peso actual (Kgs)	Talla (cms)	I.M.C. (Dato a calcular en cada control para identificar el pregestacional)	Tamizaje prenatal	Abortos/otros antecedentes

Tipos de sangre	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Antecedente embarazo anterior (último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Aborto espontáneo	Interrupción embarazo	Historia Gestacional						Estado actual de los hijos		Diabetes gestacional	Hipertensión gestacional	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Anticuerpos Rh	Síndrome anemia	R.C.I.U.	Partos (Cómo parto)	Tipo parto	Serología	P.T.A.-A.S	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis
			No. De gestaciones	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos															
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																		

Discapacidades			Por qué cree Usted (nombre)?	Síntomas de alarma					Preferencia de atención de alarma	Remisión						
Visión	Auditiva / habla	Cognitiva		Sudoración excesiva (manos o frente) o Palpitaciones	Disminución de movimientos del feto (cuantos cuenta en una hora los empieza a sentir?)	Sangrado de vagina, dolor de cabeza, dificultad para caminar	Hinchazón (edema) en la cara o Hinchazón exagerada de los pies	Dolor de cabeza persistente		Control Prenatal	Corte Preconcepcional	Salud Oral	Vacunación	Cirugía	Planificación	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	Controles de CyD	Número de veces que limpia la arida de su bebe al día	Cuidado ninos y niñas
		Exclusiva	Alterna	Total	PESO (Kg)	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				Consulta crecimiento y desarrollo	N. de Horas de estimulación visual mensual	Consumo sabor/azúcar o sal/sodio a menudo	Hábito de lectura al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor barniz o sellantes	Control de placa bacteriana	Presencia de maloclusión	Nº Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de manera automática)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDITIVO LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Leche y productos lácteos	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas	5.Aceites	6.Otros ¿Cuál?

EXPERIMENTACION			Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desarrollo en el último año	Prácticas de lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompañamiento 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	Programa de salud Bucal	Otro / Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amiga 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro									1. Juega 2. Ve TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada				

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(El NO)

Nº	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° de horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al Día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organizaciones del barrio o la vereda	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a los padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Debe tenido en cuenta en valoración)													

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Rimo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Ovulos, tabletas 9.Implante su dérmico 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.Juega 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada

Control odontológico en los últimos 6 meses	No capilimbre 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 EJ(14-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raices, tuberculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos legumbres secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Citología	Terapia Visual	Observaciones

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación n Permitter	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Autoexamen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Mete cerrojo de velocidad o autoridad										Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Cocaína inhalante

1. SI 2.No 3.No aplica

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Anillo 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/(1-4-5)						Remite a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cardiovascular	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereal, raíces, tubérculos y plátanos	2.Huevos, leguminosas secas y verduras	3.Frutas	4.Carne, pescado, huevos, leguminosas secas y mariscos	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares	Programa Joven	Programa salud Sexual	Planificación permitter	Citología	Observaciones

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 programas control del adulto	Examen de próstata en hombres mayores de 50 años	Cronología vacunal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Ultima citología realizada	Fumador de mas de 10 cigarrillos al día	Asistencia al programa de cesación en los últimos años	Asistencia (presencial) en el último año	Planificación	Examen de tamizaje	Asesoramiento en el sexo
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Bajo peso, sobre peso, obesidad)		Licor	Nº Cigarrillos/día	BPC	Cerveza unidades	Sistólica	Diastólica									

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

Hemoglobina glicosilada	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remite a						
	1.Diabetes tipo	2.Hipertensión	3.Cáncer gástrico	4.Cáncer de	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad renal	EPOC	1.Carne roja, vísceras, cuajada y pollo	2.Leche entera y leguminosas verdes	Arroz	4.Con el almuerzo consumo y cena	5.Lácteos	Cerveza y gaseosa	Programa Adulto	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Tamizaje	Citología	Ruta de parto y nacimiento	Observaciones

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	Calle 23 # 9-29	

	DIA	MES	AÑO
V1	05	MAYO	2025
V2			
V3			

Responsable 1:
Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	Nº teléfono contacto
Marina Osina Toro	Marina Osina Toro	3116068974

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realizo visita de educacion e identificacion 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)

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	no permite el ingreso a la vivienda	Usuaria Adulta. refiere. Sentirse bien Tiene seguridad economica venta de. cosas, se observa vivienda en material refiere contar con todos los servicios publicos, cuenta con una pieza y cocina.	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

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Adulta. Sana.	Usuaria aparentemente se observa sana y refiere sentirse bien, educo sobre habitos saludables, remito a adulto mayor salud oral, Tamizaje visual, toma de citologia. y ruta de promocion y prevencion de la salud.	A M B	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

1

.IDENTIFICACION

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

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quintero Ramirez.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.874367	LONGITUD	-75.62053
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025-23	FAMILIA	1.	COHORTE	B.
FECHA VISITA	05-05-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	3.				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Clle 23A # 9-59.
TELEFONO	3164656769.
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)
David	Steven	Garcia	Serna.	M	17.	
Jorge	Edwin.	Garcia	Serna	M.	4.	

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.Hs.parientes 16.Servicio domestico/cuidandero 17.Pariente servicio domestico/cuidan

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIEMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACION	¿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.	G				SI/N O				SI/NO	Tipo	EPS		Discapacidad	Tipo	Desmovilizado		SI/NO	No. Meses
CC	1251623[illegible]	Ivz	Mayx	Soto	Bolaños	F	22-11-[illegible]	1	V	4	1	8	Si	8	1	0	NO	S	SI	NA	no	NO	NO	NO	NO	NA	NO

Tipo Documento
CC- Cedula de Ciudadania
CE – Cedula de Extranjeria
PA – Pasaporte
RC- Registro Civil
TI – Tarjeta de Identidad
SI – No Tiene

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Tecnico o Tecnologia
4- Universidad
5- Postgrado 6 – Ninguno

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

Tipo de Vivienda
1- Subsidiada
2- Cotribuitiva
3- Pobre no Asegurada
4- Particular
5- Regimen Especial

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

Por enfermedad, accidente o nacimiento tiene alguno de las siguientes condiciones de Perdna permanente
1- Ceguera Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para elevarse o caminar por el mismo
5- Dificultad para bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo
6- Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañia
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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

TIPO DE VIVIENDA
1.Casa o Apartamento [X]
2.Cuarto
3.Otro tipo
4.Casa Indigena

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

ESTRATO
1.Bajo bajo
2.Bajo
3.Medio bajo [X]
4.Medio
5.Medio Alto
6.Alto

RIESGO DE VIVIENDA
1. Vivienda con riesgo de deslizamiento [NO]
2. Vivienda con riesgo de inundación [NO]
3. Vivienda con riesgo de colapso [NO]
4. Número de personas por habitación [2]

AGUA CASERA
1.Sin tratamiento
2.Clorada [X]
3.Filtrada
4.Hervida
5.Clarificación
6.Asoleo

RESERVORIOS DE AGUA
1. Cuentos
2. Positivos [X]
3. Tanque bajo [X]
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

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

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 Publica
7.Carro tanque
8.Aguatero
9.Donación

MATERIAL PREDOMINANTE EN PISO
1. Alfombra o Tapete
2. Mármol, Parque, Madera pulida, Baldosa, Vinilo, 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 [X]
malo

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

CIELO RASO?
SI/NO [SI]
CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO [SI]

Estado del techo
bueno
malo [X]

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

ESTADO DE LA COCINA
1. Presencia humo de leña [NO]
2. Cocina aislada de los dormitorios [SI]
3. Cocina aislada del sanitario [SI]
4. Tiene nevera [SI]
5. Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas [SI]

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
Teléfono
Acueducto [X]

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA
Detergente [X]
Raticida
Agroindustrial
Gasolina o inflamable
Plaguicidas
Adecuado

OTROS DATOS ADICIONALES
Actividad lucrativa dentro de la vivienda [SI] Nombre de la actividad: Panadería

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]

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
EROS									SI/NO
TOS	0	1	1	1	0	1	NO		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 tocan sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se ríe 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 disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o sueños 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. Abandona 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 u otras drogas, pelea, insulta, tiene delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Luz Mary Serna	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	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	Los espacios compartidos 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 o organizaciones del barrio							
		1. UPI, Centro o Puesto de Salud	2. Casa comunal	3. Iglesia	4. Otros no especificados									1. Adulto mayor	2. Asistido y Otros	3. Oración	4. Vecinos	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Luz Mary Serna.	NO	NO	NO	NO	NO	Si	NO	Si	Si	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 Secretaría de Salud		Otra / Cuál?	Pertenece el programa

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

1. Amplitud de inmunizaciones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Bucal.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Crónicos.
8. CLS 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 LINDOS
2. Familias en Acción.
3. Juntas de Acción Comunal.
4. Madre Paralín.
5. Ninguno

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 de primera vez por ACPD	N° de Consultas de primera vez mensual	Control odontológico mensual	N° de Consultas de control mensual	Uso de pipeta mensual	Aplicación de flúor barniz mensual	Control de placa mensual	Presencia de maltrato	N° Consultas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria EJ:(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula automa	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTATIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Frutas y Verduras	3.Leche y lácteos	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y	5.Grasas	6.Otros

ESPERIMENTACION			Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Egresos hospitalarios 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 SPA														C y D	Programas 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 comedores 5. Otro								1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada				

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(El 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 comida chatarra	Permitieron en su alrededor un rato del diario 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 (Debe tomarlo en consulta de control)													

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Fibrio 6. Quirúgico T. Condón
8. Ovulos, tabletas 9.Implante su dérmico 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 dia	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 (1-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	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			Serviles de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control citológico 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	N° Cigarrillos Al día	SPA	Consulta ambulatoria

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

Previsión especial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria EL(1-4-1)						Remite a				
	1.Glaucoma	2.Hipertensión arterial	3.Cáncer tumoral	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Discapacidad	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereal sin refinar, tubérculos verde y plátano	2.Cereal bajo en grasa y refinado	3.Fruta	4.Carne magra, huevos, leguminosas secas y derivados	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Joven	Programa salud oral	Planificación familiar	Citología	Observaciones

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

Version 13.
30012024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa control de salud	Examen de próstata en hombres de 50 años	Consejería vejez	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Pl. de hogar saludable familiar	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Salud oral	Semana de maternidad	Acceso a anticoncepción en el último año	Asesoría anticoncepción Dx Tamizaje en el año	Planificación Art. familiar	Elaboración de tamizajes	Asesoría y de parto
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Solo mayores de edad)		Licor	N° Cigarrillos día	Sol	Consumo de drogas	Sistólica	Diastólica									
1162 344	AL RUIZ	NO	NO	NO	70	1,54	0	0	NO	NO	NO	NO	130	60	102	108	0	NO	SI	NO	NO	NO	SI

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

Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remite a						
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cardiovascular	4.Cáncer de	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad renal	EPOC	1.Carnes (res, cerdo, pollo y pescado)	2.Leche y derivados lácteos	3.Frutas	4.Cereales, tubérculos, raíces y plátanos	5.Huevos	6.Otros (arroz y fideos)	Programa Adulto	Programa Salud Oral	Programa Salud Familiar	Toma de visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Pertinencia al momento del embarazo	Asistencia a controles prenatales	Tipo de controles	Asistencia a controles prebarreras	Consejería anticoncepción	Tamizaje Tetánico		Inmunizaciones	CPT gestacional	Antecedentes familiares					Antecedentes ginecológicos	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preeclampsia previa	4.Obesidad pre-gestacional	5.Otros		Fecha última regla/ecografía	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso actual (Kgs)	Peso pregestacional (Kgs)	Talla (cms)	I.M.C. (Peso pregestacional en kilos/talla en metros al cuadrado)	Tamizaje oral glucosa	Observaciones

Tipo de aborto	ANTECEDENTES OBSTETRICOS									Antecedentes embarazo anterior (último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Número gestaciones	Número de partos	Historia Ginecoobstetrica					Estado actual de los hijos		Cirugías ginecológicas	Hipertensión inducida	Hemorragias	Preeclampsia severa	Gestación actual	Aborto	H.C.O.V.I.	Fecha último parto	Tipo parto	Hemoglobina	V.D.R.L.	Vih	Hepatitis B	Toxoplasmosis
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos													
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Hábitos			Por qué son los nuevos?	Riesgos de abuso					Planificación de métodos de abortos	Remitido a						
	Adicto Psiquiátrico	Cardio		Sentido de Riesgo Vaginal (embarazos a Riesgos anteriores)	Observaciones de Riesgo Vaginal (embarazos a Riesgos anteriores)	Observaciones de Riesgo a Riesgo Vaginal en la toma de embarazo	Riesgo(s) en la toma o Riesgo(s) en la toma de los días	Otros de riesgos psicológicos		Control Prenatal	Control Psicoprofilaxis	Salud Mental	Odontología	Cirugía	Planificación	Observaciones

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA GESTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Egreso hospitalario por EDA en los últimos 8 meses	Presencia de melenas	Controles CYD	Número de veces que limpia la arena de su bote al día	Contacto niños y niñas
		Gestacional	Actual	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

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Pc. de la hora de actividad física semanal	Consumo de				Pérdida auditiva en mes		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Sentidos de maternidad	Asiste al odontólogo en un año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación en Familias	Suministro de medicamento
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de manera automática)		Licor	Tabaco (Cigarrillo/día)	SPA	Consumo de alcohol	Derecho	Izquierdo								

Autoreconocimiento étnico	Nacionalidad	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la última visita						Remite a						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer mama	4.Cáncer útero	5.Cáncer próstata	Diabetes	Hipertensión	Diabetes Gestacional	Enfermedad renal	EPOC	1.Carnes (res, pollo, cerdo y otras)	2.Lácteos y derivados (quesos, yogurt, leche)	3.Frutas	4.Cereales (arroz, maíz, harinas, pastas)	5.Legumbres	6.Grasas y aceites	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Terapias Virtuales	Cirugía	Ayuda diagnóstica y/o exámenes laboratorio	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

Secretaría 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 23A #7-59	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	3	3	2025	V2				V3			
Responsable 1: Responsable 2:	Patricia Quirós Alvarez			Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	Nº teléfono contacto:
Luz Mary Serna Polgarin.	Luz. Mary Serna Polgarin	3164656769

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

CUIDADO FAMILIAR

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

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1		Vivienda. aparentemente en buenas condiciones generales, refiere tener todos los servicios públicos, cuentan con 1 cuarto, sala, cocina, despensitada y enfermizada, adecuada disposición de la basura. Ambiente social adecuado	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

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1		Adulto quien recibe la visita refiere ser hipertenso y estar en tto en drogas recibe el programa de adulto y toma de citología.	A M B	A M B	A M B

N°	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: