| No. | NOMBRE MAMÁ | NOMBRE PAPÁ | FECHA NACIMIENTO | TELEFONOS | OBSERV |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Gloria Agudelo | Cesar Cardona | 13/08/09. | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |

| | DEMANDA INDUCIDA Y EDUCACIÒN EN SALUD | Código: | FOR-0003-011 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

**Consulta Externa**

**TEMA:** Realizar caracterizacion Social y ambiental en los entornos de vida cotidiana con enfasis en el entorno Hogar.

**NOMBRE DEL RESPONSABLE:** Patricia Quirama Acevedo **EPSS:** HSVP

**MES:** 5. Agosto 2025 **LUGAR:** Guayacanes

| DÍA | NOMBRE Y APELLIDO | SEXO | | IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO | PROGRAMA PROTECCIÓN ESPECIFICA, DEMANDA INDUCIDA | | | | | | | | | | | | | FIRMA | CUMPLIÓ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Masculino | Femenino | | | Vacunas | Crecimiento y Desarrollo | Atención al Joven | Embarazadas | Adulto Mayor a 45 años | Planificación | Salud Oral | Citologías | Salud Visual | Puerperio | Recien Nacido | Crónicos | Autoexámen de Seno | Mamografía | | SI | NO |
| 76 | 14 | Rosa Nelly Aguirre | | x | 24383456 | 3652085 | | | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | Nelly | | |
| 77 | 14 | Carlos Alberto Cardona | Y | | 15902834 | 3128278174 | | | | | | | | ✓ | | | | | | Carlos C. | | |
| 78 | 14 | Arturo Castillo | x | | 6749425 | 3137300912 | | | ✓ | | | | | | | | | | | xArturo C. | | |
| 79 | 14 | Deidad Cardona | | x | 24616942 | 3215864228 | | | | | | | ✓ | | ✓ | | | | | Deidad Card | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DÍA | NOMBRE Y APELLIDO | SEXO | | IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO | PROGRAMA PROTECCIÓN ESPECÍFICA, DEMANDA INDUCIDA | | | | | | | | | | | | | | FIRMA | CUMPLIÓ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Masculino | Femenino | | | Vacunas | Crecimiento y Desarrollo | Atención al Joven | Embarazadas | Adulto Mayor a 45 años | Planificación | Salud Oral | Citologías | Salud Visual | Puerperio | Recien Nacido | Crónicos | Autoexámen de Seno | Mamografía | | SI | NO |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL<br>CONTRATO No. 306 -2025 | Código: | FOR-0063-003 |
|---|---|---|
| | Versión: | 2 |

| AÑO 2025 | ESTRATEGIA O PROGRAMA | APS de Caracterización social. y ambiental para identificar factores de riesgo y establecer planes integrales de cuidado y prevención de salud mental. |
|---|---|---|

| TEMA | PROFESIONAL RESPONSABLE | TIPO ACTIVIDAD |
|---|---|---|
| ...social. y ambiental. en los entornos de espacios en el entorno Hogar. | Patricia Quiroga Acevedo | Comunitario |

| | APELLIDOS | DOCUMENTO IDENTIDAD | | S.G.S.S.S. | | ZONA | | | POB. | DIRECCION | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | REG | EPS | U/R | C/C | B/V | | | |
| | Aguirre | CC | 24383456 | SOS | C | U | C | B | NA | Villafany 23C#8-33 | Jose Dely Aguirre |
| | Cardona | CC | 15902834 | FALTA | C | U | C | B | NA | Cll 24# 9-17 | Carlos Gutierrez |
| Rafael | Castillo | PPT | 6749425 | NEP | S | U | C | B | NA | Cll 23# 8-10 | Arturo Castillo |
| | Cardona Ramirez | CC | 24616942 | ASM | S | U | C | B | NA | Cll 23A# 8-10 | Lujida Cardona |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| No. | NOMBRE MAMÁ | NOMBRE PAPÁ | FECHA NACIMIENTO | TELEFONOS | OBSE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | 26- 01 1947 | 3650085 | 78 años |
| 2 | | | 06-03-1961 | 3128278114 | 64 años |
| 3 | | | 07-05-2003 | 3137300912. | 22 años |
| 4 | | | 12-11-1933 | 3215864226 | 82 años |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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. | Urbano. | | Flora | |

| DATOS DE LA FAMILIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VIVIENDA | 2025 B1 | FAMILIA | 1 | COHORTE | B |
| FECHA VISITA | 16-08-2024 | | | | |
| INGRESO FAMILIAR No de SMLV | | | | | |
| No. De Personas de la Familia | 1/3 | | | | |

| DATOS SISBEN | |
|---|---|
| FICHA | |
| GRUPO | SUBGRUPO: |
| PUNTAJE | |
| NIVEL | |
| DIRECCION | La Flora. MZ 3 CZ. |
| TELEFONO | 3167565501. |
| CORREO ELECTRONICO | |

VIVIENDA SIN OCUPANTES

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DILIGENCIADO POR | Patricia Quiroga Acevedo. | | | |
| GEOREFENCIACION | LATITUD | 4.87401 | LONGITUD | -75.62029. |
| NÚMERO MATRICULA: | | | | |

VISITAS REALIZADAS

| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | | | | | | | | 16 | | | | |
| 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Jaime | Alberto | Valencia. | Orozco. | M. | 54 | |
| Edus. | Gracela. | Orozco. | Gallón | F | 75 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

# FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 3. 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 doméstico/cuidandero 17.Parente servicio doméstico/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 | 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 SI/NO | Discapacidad origen | Discapacidad tipo | Desmovilizado SI/NO | SI/NO NA | SI/NO | No. Meses |
| 1 | a | 5910222 | Jose | Arnulfo | Valencia. | | M | 24-1-1979 | | | 2 | 1 | 0 | 60 | 0 | 0 | 096 | NO | S | NEPA | A.A | NO | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tipo Documento
C- Cedula de Ciudadanía
E – Cedula de Extranjería
A – Pasaporte
C- Registro Civil
I – Tarjeta de Identidad
T – No Tiene

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Técnico o Tecnológico
4- Universidad
5- Posgrado 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- Invalido

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

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

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- Violenta
6- Desconocido

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

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

Version 13.
30042024

# I. AMBIENTE FISICO

**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 Reubicado Ley

**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 1

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

**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

**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 SI
CIELO RASO ADECUADO? SI/NO SI

Estado del techo
- bueno ✓
- malo

**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. Rio, quebrada, manantial, nacimiento
6. Pila 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

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

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

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

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

Separado de la Fuente

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

**ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA**
- Detergente ✓
- Bólvora
- 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

## 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 roedor SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ERROS | 0 | | | | | | NO | | NO |
| ATOS | 0 | | | | | | | | Caracol africano SI/NO |
| QUINOS | 0 | AVES | 0 | PORCINOS | 0 | | | | NO |
| TROS | | 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 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 aséa 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 otra 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 u 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 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 | Jose Arnulfo Valencia | SI | NO | 1. | 1 | NO | 1. | NO | SI | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## . 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 comunitarios 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 psicologica. SI / NO | Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO | Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO | Participa en grupos u organizaciones del barrio | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. IPS, Centro o Puesto de Salud | 2. Cásta comunal | 3. Iglesia | 4. Sitios de esparcimiento. | | | | | | | | | 1. Adulto mayor | 2. Actividad física | 3. Oración | 4. Veeduría | 5. Ecológico | 6. Juvenil | 7. Otro | Cual |
| Jose A. Valencia | ace | no | Si | si | No | si | no | si | no | no | si | no | no | no | no | no | no | no | no | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de familia | Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud | | Otro / Cual? | Pertenecen 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. Crónicas.
8. DLS 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. Medio Pensión.
5. Ninguno

# 8. GESTANTES

Version 13.
30042024

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | Estado actual planeado | Planificación al momento del embarazo | Asiste a control prenatal | No. de controles | Asiste a curso psicoprofilácticos | Consulta odontológica | Toxoide Tetánico | | Influenza | DPT acelular | Antecedentes familiares | | | | | Antecedentes Personales | Embarazo actual | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | 1a. | 2a. | | | 1.HTA Crónico | 2.Diabetes | 3.Problemas psic | 4.Gestacional o inusitado | 5.Otros | | Fecha última menstruación | Fecha probable del parto | Semanas de gestación | Peso anterior (kgs) | Peso actual (kgs | Talla (cms) | I.M.C. (Este campo es calculado automáticamente al guardar el | Tensión arterial | Movimientos fetales |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de manejo | ANTECEDESTES OBSTETRICOS | | | | | | | | | | Antecedente embarazo anterior (último embarazo) | | | | | | | | | Exámenes de laboratorio | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Riesgo biológico | Intervalo intergenésico | Historia Gestacional | | | | | | Estado actual de los hijos | | Diabetes gestacional | Hipertensión materna | Hemorragias | Ruptura prematura de membranas | Sufrimiento fetal | Muerte neonatal | R.C.I.U. | Fecha último parto | Tipo parto | Serología | FTA-AS | VIH | Hepatitis B | Toxoplasmosis |
| | | | No. de gestaciones - | Partos vaginales | | Cesareas | | Abortos | Vivos | Muertos | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Vivos | Muertos | Vivos | Muertos | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Micronutrientes | | | Por qué no las toma? | Síntomas de alarma | | | | | Presencia de síntomas de alarma | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hierro | Acido fólico | Calcio | | Salida de líquido vaginal (sangrado o líquido amniótico) | Disminución de movimientos fetales (después de que los empieza a sentir) | Sensación de luces o pitos, dolor en la boca del estómago | Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies | Dolor de cabeza persistente | | Control Prenatal | Curso Psicoprofiláctico | Salud Oral | Vacunación | Citología | Planificación | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | MESES DE LA CTANCIA MATERNA | | | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | BAJO PESO AL NACER | IMC | ALTERACION DEL DESARROLLO | | | | Egreso hospitalari o por IRA y EDA en los últimos 6 meses | Presencia de maltrato | Control de C y D | Número de veces que limpia la encia de su bebe al día | Cuidado niños y niñas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Exclusiva | Mixta | 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 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

# 10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | ALTERACION DEL DESARROLLO | | | | Conoce prácticas de las AIPEI | N. de Horas de actividad física semanal | Control odontológico últimos 6 meses | No cepillados al día | Uso seda dental | Aplicación de flúor últimos 6 meses | Control de placa últimos 6 meses | Presencia de maltrato | N° Comidas al día | Tipo de alimento consumido en la dieta diria Ej.(1-4-6) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | PESO (Kgs) | TALLA (cms) | IMC (Este campo se calcula de forma | MOTRICIDAD GRUESA | MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA | AUDICION Y LENGUAJE | PERSONAL SOCIAL | | | | | | | | | | 1.Cereales, raices, tuberculos y platano | 2.Hortalizas y legumbres verdes | 3.Fruta | 4.Carnes, huevos, legumbres secos y | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| EXPERIMENTACION | | | Participación en organizaciones del barrio o la escuela | Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses | Desparasitación en el último año | Prácticas clave 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 | Remitir a | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL LICOR | DEL CIGARRILLO | DEL SPA | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

# 1. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

| 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. 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 escuela | Cuidado del joven | Presencia de maltrato | Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral o | Uso del tiempo libre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (Este campo se calcula automá | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Óvulos, 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 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.(1-4-6) | | | | | | Remitir a | | | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1.Cereales, raíces, tubérculos 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 | Tamizaje Visual | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

# FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN S D
## Secretaría de Salud - Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 12. 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 prostata | Control odontología 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 automát | | | | | | | | | | Licor | N° Cigarrillos Al día | SPA | Comida chatarra |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 EL(1-4-6) | | | | | | Remitir a | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otros | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | Cáncer | 1.Cereales, raices, tuberculos y plátanos | 2.Hortalizas y legumin osas verdes | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos, legumin osas secas y mezclas | 5.Lácteos | 6.Grasas y azúcares | Programa Juventud | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Citología | 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

Version 13.
30042024

## 13. ADULTEZ 29 A 59

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Asiste a programa control del adulto | Examen de próstata en los últimos 2 años | Citología vaginal | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | N. de horas actividad física semanal | Consumo de | | | | Presión arterial en emfg | | Perímetro abdominal | Perímetro cervical | Índice cintura cadera | Señales de maltrato | Asistió al odontólogo en el último año | Asistencia consulta en familiar en el último año | Planificación familiar | Examen de testículo | Autoexamen de seno |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (Este campo se calcula de forma automática) | | Licor | N° Cigarrillos día | Sexo | Consulta de planificación | Sistólica | Diastólica | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| Nombre | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Realiza | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.Obesidad | 2.Hipertensión | 3.Cáncer | 4.Diabetes | 5.Otro | Diabetes | Hipertensión | Displidemia | Enfermedad renal | EPOC | 1.Carnes rojas, vísceras, tubérculos y plátanos | 2.Huevos y leguminosas | 3.Frutas | 4.Carnes blancas, huevos, leguminosas secos y frutos | 5.Lácteos | 6.Cereales y otros | Programa Adulto | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Tamizaje Visual | 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

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Asiste a programas de control de adulto | Examen de próstata en los últimos 2 años | Clasificación vegfru | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | N. de horas de actividad física semanal | Consumo de | | | | Presión arterial en mmHg | | Perímetro abdominal | Perímetro de cadera | Indice cintura cadera | Sustivos de materno | Asistió al odontólogo en el último año | Asistencia psicológica en el último año | Planificación familiar | Examen de testículo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (dentro de adulto de 18 años) | | Licor | Nº Cigarrillos día | SPA | Consumo diario | Sistólica | Diastólica | | | | | | | | |
| 1 | Jose Arnulfo Valencia | No | Si | - | 95 | 172 | 0 | NO | NO | 0 | NO | NO | 140 | 90 | 93 | 100 | | No | No | - | - | NO |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Autoexamen de seno | Mamografía | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Remite a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Cardiovascular | 4.Cáncer | 5.Otro | Diabetes | Hipertensión | Displidemia | Enfermedad mental | EPOC | 1.Cereales (arroz, maíz, avena, trigo y otros) | 2.Harinas, raíces y tubérculos y verduras | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos, legumbres secas | 5.Lácteos | 6.Carne de cerdo y derivados | Programa Adulto Mayor | Programa Salud Social | Planificación Familiar | Tamizaje Visual | Citología | Ruta de promoción y mantenimiento | Observaciones |
| - | - | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | NO | NO | NO | SI | SI | SI | SI | SI | SI | ✓ | ✓ | - | NO | - | NO | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 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 Florida | MZ 23 Cs 7. | |

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| V1 | | | |
| V2 | | | |
| V3 | | | |

Responsable 1: Patricia Quintana Acevedo
Responsable 2:

Responsable 1:
Responsable 2:

Responsable 1:
Responsable 2:

| Nombre del Jefe del Hogar: | Nombre de quién recibe la visita: | N° telefono contacto |
|---|---|---|
| Jose Arnulfo Valencia. | Jose Arnulfo Valencia | 316 726 5501. |

| VISITA No. | OBSERVACIONES |
|---|---|
| V1 | ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de concientizacion e identificacion a 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 | No permite el ingreso a la casa. | Usuario no permite el ingreso refiere contar con todos los servicios publicos se observa buena Infraestructura externa buen desplazamiento refiere dificultad | 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 | HTA | Refiere su hipertension, controles en su EPS refiere el programa de adulto mayor, programa Sanar, educo sobre factores modificables. | A M B | A M B | A M B |

| Nº | HALLAZGO | ACTIVIDAD | V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 3 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 4 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 5 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 6 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 7 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 8 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 9 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 10 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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. | Urbano | | La Flora | |

| DATOS DE LA FAMILIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VIVIENDA | 2025 80. | FAMILIA | 1. | COHORTE | B |
| FECHA VISITA | 16-09-2025 | | | | |
| INGRESO FAMILIAR No de SMLV | 1 | | | | |
| No. De Personas de la Familia | 3 | | | | |

| DATOS SISBEN | |
|---|---|
| FICHA | |
| GRUPO | SUBGRUPO: |
| PUNTAJE | |
| NIVEL | |
| DIRECCION | Clle 22 #9A-42. Flora 2. |
| TELEFONO | 3147723591. |
| CORREO ELECTRONICO | |

VIVIENDA SIN OCUPANTES

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DILIGENCIADO POR | Patricia Quiroga Acevedo | | | |
| GEOREFENCIACION | LATITUD | 4.87392. | LONGITUD | -75.62017. |
| NÚMERO MATRICULA: | | | | |

VISITAS REALIZADAS

| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | | | | | | | | 16 | | | | |
| AÑO | | | | | | | | 2025 | | | | |

VISITA DE SEGUIMIENTO

| OBSERVACIONES | FECHA DE VISITA | CREADOR |
|---|---|---|
| | | |

(6)

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 2. PERSONAS AUSENTES

| Nombre 1 | Nombre 2 | Apellido 1 | Apellido 2 | SEXO – (M/F) | EDAD Unidad (días / meses / años) | ESTADO – (Activo/Inactivo) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Carlos | Arturo | zapata | lopez | M | 70 años | |
| Maria | Chuguanquira | lopez | lopez | F | 72 años | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

# FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 3. 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. Cunados 14. Otros parientes 15.No.parientes 16.Servicio doméstico/cuidandero 17.Pariente servicio doméstico/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 | 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 | origen | tipo | SI/NO | SI/NO N.A | SI/NO | No. Meses |
| 1 | CC | 42162540 | Claudia | Liliana | Zapata | Lopez | F | 07-23-84 | 41 | 1 | 5 | 6 | 01 | SI | 11 | 4 | 0 | NO | S | ADRES | N-A | NO | NO | NO | NO | NO | NO | 10 |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tipo Documento
C- Cedula de Ciudadanía
E – Cedula de Extranjería
A – Pasaporte
C- Registro Civil
I – Tarjeta de Identidad
T – No Tiene

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Técnico o Tecnológico
4- Universidad
5- Posgrado 0 - Ninguno

Actividad Último 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- Régimen Especial

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

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 cale 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- Violenta
6- Desconocido

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

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

Version 13.
30042024

# I. AMBIENTE FISICO

**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 NO
2. Vivienda con riesgo de inundación NO
3. Vivienda con riesgo de colapso NO
4. Número de personas por habitación 5

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

**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

**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 NO

CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO NO

Estado del techo
- bueno SI
- malo

**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. Rio, quebrada, manantial, nacimiento
6. Pila 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 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 ✓
2. Costal o Estopa
3. Canecas Con tapa
4. Caneca Sin tapa ✓
5. Suelo

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

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

Separado de la Fuente

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

**ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA**
- Detergente ✓
- Bólvora
- 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

Version 13.
30042024

## 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 roedor SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERROS | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | NO | | NO |
| GATOS | | | | | | | | | Caracol africano SI/NO |
| EQUINOS | | AVES | 0 | PORCINOS | 0 | | | | NO |
| OTROS | | 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 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 asea 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 otra 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 deterlorado sin razón 2. Toma mucho licor u 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 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 | Claudia I. Zapata | NO | NO | 1-6 | 1-3. | 3-5. | 1-2-4. | NO | SÍ | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## . 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 comunitarios 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 psicologica. SI / NO | Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO | Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO | Participa en grupos u organizaciones del barrio | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. IPS, Centro o Puesto de Salud | 2. Caseta comunal | 3. Iglesia | 4. Sitios de esparcimiento. | | | | | | | | | 1. Adulto mayor | 2. Actividad física | 3. Oración | 4. Veeduría | 5. Ecológico | 6. Juvenil | 7. Otro | Cual |
| Claudia L. Zapata. | NO | NO | NO | NO | SI | SI | SI | NO | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de familia | Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud | | Otro ¿Cual? | Pertenecen 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. Crónicas.
8. DLS 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. Medio Pensión.
5. Ninguno

# 8. GESTANTES

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | Estado actual planeado | Planificación al momento del embarazo | Asiste a control prenatal | No. de controles | Asiste a curso psicoprofiláctico | Consulta odontológica | Toxoide Tetánico | | Influenza | DPT acelular | Antecedentes familiares | | | | | Antecedentes Personales | Embarazo actual | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | 1a. | 2a. | | | 1.HTA Crónica | 2.Diabetes | 3.Preeclampsia | 4.Gestación multiple | 5.Otros | | Fecha última menstruación | Fecha probable del parto | Semanas de gestación | Peso anterior (kgs) | Peso actual (kgs | Talla (cms) | I.M.C. (Este campo se calculado automaticamente al guardar el | Tensión arterial | Movimientos fetales |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de sangre | ANTECEDESTES OBSTETRICOS | | | | | | | | | | Antecedente embarazo anterior (último embarazo) | | | | | | | | | Exámenes de laboratorio | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Riesgo biológico | Intervalo intergenésico | Historia Gestacional | | | | | | Estado actual de los hijos | | Diabetes gestacional | Hipertensión materna | Hemorragias | Ruptura prematura de membranas | Sufrimiento fetal | Muerte neonatal | R.C.I.U. | Fecha último parto | Tipo parto | Serología | FTA-AS | VIH | Hepatitis B | Toxoplasmosis |
| | | | No. de gestaciones | Partos vaginales | | Cesareas | | Abortos | Vivos | Muertos | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Vivos | Muertos | Vivos | Muertos | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Micronutrientes | | | Por qué no los toma? | Síntomas de alarma | | | | | Presencia de síntomas de alarma | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hierro | Acido fólico | Calcio | | Salida de líquido vaginal (sangrado o líquido amniótico) | Disminución de movimientos fetales (después de las 20 semanas o menos) | Sensación de luces o ptos, dolor en la boca del estómago | Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies | Dolor de cabeza persistente | | Control Prenatal | Curso psicoprofiláctico | Salud Bucal | Vacunación | Citología | Planificación | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Version 13.
30042024

# 9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | MESES DE LA CTANCIA MATERNA | | | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | BAJO PESO AL NACER | IMC | ALTERACION DEL DESARROLLO | | | | Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses | Presencia de maltrato | Control de C y D | Número de veces que limpia la enda de su bebe al día | Cuidado niños y niñas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Exclusiva | Mixta | 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
Secretaría de Salud - Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 10. INFANCIA - 6 A 11

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | ALTERACION DEL DESARROLLO | | | | Consejo previo para llevar AIPEI | N. de Horas de actividad física semanal | Control odontológico últimos 6 meses | No cepillados al día | Uso seda dental | Aplicación de flúor últimos 6 meses | Control de placa últimos 6 meses | Presencia de maltrato | N° 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 forma | MOTRICIDAD GRUESA | MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA | AUDICION Y LENGUAJE | PERSONAL Y SOCIAL | | | | | | | | | | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos | 2.Hortalizas y leguminosas verdes | 3.Fruta s | 4.Carnes, huevos, leguminosas secas y | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| EXPERIMENTACION | | | Participación en organizaciones del barrio o la escuela | Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses | Desparasitación en el último año | Prácticas clave lavado de manos antes de comer | Cuidado niños y niñas | Presencia de trabajo infantil | Acompañan 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 | Remitir a | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL LICOR | DEL CIGARRILLO | DEL SPA | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Version 13.
30042024

# 1. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | Control del joven | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | Tamizaje visual a los 12 y 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 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 (Este campo se calcula de automá | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Óvulos, 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 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.(1-4-6) | | | | | | Remitir a | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos | 2.Hortalizas y leguminosas verde | 3.Frutas | 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
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

# 12. 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 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 automát | | | | | | | | | | Licor | N° Cigarrillos Al día | SPA | Comida chatarra |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 EJ:(1-4-6) | | | | | | Remitir a | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otros | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | Cáncer | 1.Cereales, raices, tubérculos y platano | 2.Hereales y legumbres verdes | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos, legumbres secas y nueces | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Juventud | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Citología | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

## 4. VEJEZ - MAYOR A 60

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Acceso a programas comunitarios del adulto | 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 cadera | Indice cintura cadera | Salidas de mastrato | Asistió al odontólogo en el último año | Asistencia planificación familiar en el último año | Planificación familiar | Examen de tamizaje |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (se debe calcular automá | | Licor | Nº Cigarrillos día | SPA | Consumo cloestero | Sistólica | Diastólica | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Antecedente n de cáncer | Monografía | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Remite a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otro | Diabetes | Hipertensión | Displidemia | Enfermedad renal | EPOC | 1.Cereales, raíces, tubérculos y | 2.Alimentos ricos en proteínas vegetales | 3.Frutas | 4.Cremas, huevos, lácteos enteros | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Adulto Mayor | Programa Salud Oral | Planificación Familiar | Terapias Ocupacional | Citología | Exámenes de laboratorio | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Distrital de Risaralda

## PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

| Municipio: | Barrio o Vereda | Dirección | Ficha familiar No. |
|---|---|---|---|
| Santa Rosa. | flora. | Cll 22 #14-42. Piso 2 | |

| | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V1 | | | | V2 | | | | V3 | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Responsable 1: Patricia Quintero Acevedo. | Responsable 1: | Responsable 1: |
| Responsable 2: | Responsable 2: | Responsable 2: |

| Nombre del Jefe del Hogar: | Nombre de quién recibe la visita: | N° teléfono contacto |
|---|---|---|
| Claudia Liliana Zapata. | Claudia Liliana Zapata | 3147723591. |

| VISITA No. | OBSERVACIONES |
|---|---|
| V1 | ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se Realiza visita de caracterización e identificación a 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 | No permite el Ingreso a la casa. | Vaneza refiere contar con todos los servicios públicos, con buena disposición de basuras cuenta con 2 asociados, solo la Centro está esterilizada, refiere se siente triste; por cuidado de la mamá. | 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 | Sano. | Vaneza refiere sentirse muy bien, no tener morbilidad alguna, cuenta con programa de adulto, bucal, VPH y fenotipo visual. | A M B | A M B | A M B |

| Nº | HALLAZGO | ACTIVIDAD | V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 3 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 4 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 5 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 6 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 7 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 8 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 9 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 10 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPANADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

| | DEMANDA INDUCIDA Y EDUCACIÒN EN SALUD | Código: | FOR-0003-011 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

Consulta Externa

TEMA: Realizar caracterización socio-social y pubolacional en los entornos de vida cotidiana. con enfasis en el entorno Hogar.

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Patricia Quiroga | EPSS: LFS VP

MES: Agosto 2025 | LUGAR: 12 flor.

| | DÍA | NOMBRE Y APELLIDO | SEXO | | IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO | PROGRAMA PROTECCIÓN ESPECÍFICA, DEMANDA INDUCIDA | | | | | | | | | | | | | | FIRMA | CUMPLIÓ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Masculino | Femenino | | | Vacunas | Crecimiento y Desarrollo | Atención al Joven | Embarazadas | Adulto Mayor a 45 años | Planificación | Salud Oral | Citologías | Salud Visual | Puerperio | Recien Nacido | Crónicos | Autoexámen de Seno | Mamografía | | SI | NO |
| 80 | 16 | Claudia Zapata | | X | 42162540 | 3147723591 | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | | | | | |
| 81 | 16 | JoseArnulfo Valencia | X | | 5910222 | 3167965501 | | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | NO FIRMA | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DÍA | NOMBRE Y APELLIDO | SEXO | | IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO | PROGRAMA PROTECCIÓN ESPECÍFICA, DEMANDA INDUCIDA | | | | | | | | | | | | | | FIRMA | CUMPLIÓ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Masculino | Femenino | | | Vacunas | Crecimiento y Desarrollo | Atención al Joven | Embarazadas | Adulto Mayor a 45 años | Planificación | Salud Oral | Citologías | Salud Visual | Puerperio | Recien Nacido | Crónicos | Autoexámen de Seno | Mamografía | | SI | NO |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL<br>CONTRATO No. 396- 2025 | Código: | FOR-0063-003 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 2 |

| AÑO | ESTRATEGIA O PROGRAMA | TEMA | PROFESIONAL RESPONSABLE | TIPO ACTIVIDAD |
|---|---|---|---|---|
| 2025 | APS de contenzacion social y ambiental para identificar factores de riesgo y establecer planes integrales de cuidado y prevencion de salud mental | - social y ambiental en los entornos de vida cotidianos en el entorno Hogar | Patricia Quiñama Acevedo | comunitario |

| | APELLIDOS | DOCUMENTO IDENTIDAD | | S.G.S.S.S. | | ZONA | | | POB. | DIRECCION | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | REG | EPS | U/R | C/C | B/V | | | |
| liana | Zapata Lopez | cc | 42165240 | S | AS | U | C | B | NA | Cl 22 #9A 42 Flora 2 | |
| FO | Valencia | cc | 5910222 | S | NEP | U | C | B | NA | Flora 2 M3 C 7 | NO FIRMA |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| No. | NOMBRE MAMÁ | NOMBRE PAPÀ | FECHA NACIMIENTO | TELEFONOS | OBSE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

# 1. IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

| AREA GEOGRAFICA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | ZONA | COMUNA/CORREGIMIENTO | BARRIO/VEREDA | SECTOR |
| 66 - RISARALDA | Santa Rosa | Urbano | | | |

**DATOS DE LA FAMILIA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VIVIENDA | 2025 85 | FAMILIA | 1 | COHORTE | B |
| FECHA VISITA | | | | | |
| INGRESO FAMILIAR No de SMLV | | | | | |
| No. De Personas de la Familia | | | | | |

**DATOS SISBEN**

| | |
|---|---|
| FICHA | |
| GRUPO | SUBGRUPO: |
| PUNTAJE | |
| NIVEL | |
| DIRECCION | Piso 2 cll 22 #9A04 |
| TELEFONO | 3148626047 |
| CORREO ELECTRONICO | |

**VIVIENDA SIN OCUPANTES**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DILIGENCIADO POR | Patricia Quintero Becerra | | | |
| GEOREFENCIACION | LATITUD | 4.87416 | LONGITUD | -75.6189 |
| NÚMERO MATRICULA: | | | | |

**VISITAS REALIZADAS**

| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | | | | | | | | 16 | | | | |
| 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) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Keidy. | Viviana. | Fajoi | Moreno | F | 26 años | |
| Carolina. | | Fajoi | Moreno | F | 20 años | |
| Jesus | Norbey. | Fajoi | | M. | 55 años | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

# FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 3. 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 doméstico/cuidandero 17.Pariente servicio doméstico/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 | 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/N O | | | | SI/NO | Tipo | EPS | | Desplazado | Discapacidad | Desamovilizado | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SI/NO | origen | tipo | SI/NO | SI/NO N.A | SI/NO | No. Meses |
| 1 | CC | | ANGIE | — | ARANGO | MONTOYA | F | 29/6/1973 | 52 | | 2 | 1 | 2 | SI | 8 | 1 | 0 | NO | S | ADRES | NA | NO | NO | CO | NO | NA | NO | 0 |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tipo Documento
C- Cedula de Ciudadania
E – Cedula de Extranjeria
A – Pasaporte
C- Registro Civil
I – Tarjeta de Identidad
T – No Tiene

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Técnico o Tecnológico
4- Universidad
5- Posgrado 0 - Ninguno

Actividad Último 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- Régimen Especial

ETNIAS
0. No aplica
1. Indigena
2. ROM(GITANO)
3. Raizal (Archipiélago San Andrés y Providencia)
4. Palanquero de san Basilo
5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendientes

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 la calle sin ayuda o compañia
7- Dificultad para aprender o entender

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

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

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

Version 13.
30042024

# I. AMBIENTE FISICO

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

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

**TIPO DE ALUMBRADO PRINCIPAL**
1. Electricidad
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
2. Inodoro con conexión a pozo séptico
3. Inodoro sin conexión
4. Letrina o Bajamar
5. No tiene

**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. Rio, quebrada, manantial, nacimiento
6. Pila Publica
7. Carro tanque
8. Aguatero
9. Donación

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

**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

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

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

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

**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

**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

**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

**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

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

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

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

Separado de la Fuente

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

**OTROS DATOS ADICIONALES**

Actividad lucrativa dentro de la vivienda SI — Nombre de la actividad: Venda.

**ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA**
- Detergente
- Bívora
- Agroindustrial
- Gasolina o Inflamable
- Plaguicidas
- Adecuado

**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 SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ERROS | 0 | | | | | | NO | | NO |
| ATOS | 1 | 2. | 3 | 3 | 01 | 2. | | | Caracol africano SI/NO |
| QUINOS | 0 | AVES | 0 | PORCINOS | 0 | | | | NO |
| TROS | 0 | 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 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 aséa 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 otra 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 u 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 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 | Nubia Moreno M. | NO | NO | 1. | 2. | NO | NO | NO | SI | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

## . 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 comunitarios 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. IPS, Centro o Puesto de Salud | 2. Caseta comunal | 3. Iglesia | 4. Sitios de esparcimiento. | | | | | | | | | 1. Adulto mayor | 2. Actividad física | 3. Oración | 4. Veeduría | 5. Ecológico | 6. Juvenil | 7. Otro | Cual |
| Nubia Marcela Montoya | NO | NO | NO | SI | SI | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de familia | Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud | | Otro / Cual? | Pertenecen 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. Crónicas.
8. DLS 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. Media Pensión.
5. Ninguno

# 8. GESTANTES

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | Estado actual planeto | Planificación al momento del embarazo | Asiste a control prenatal | No. de controles | Asiste a curso psicoprofiláctico | Consulta odontológica | Toxoide Tetánico | | Influenza | DPT acelular | Antecedentes familiares | | | | | Antecedentes Personales | Embarazo actual | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | 1a. | 2a. | | | 1. HTA Crónica | 2.Diabetes | 3.Preeclampsia | 4.Gestación multiple | 5.Otros | | Fecha última menstruación | Fecha probable del parto | Semanas de gestación | Peso anterior (kgs) | Peso actual (kgs) | Talla (cms) | I.M.C. (Este campo se calcula automáticamente al guardar el | Tensión arterial | Movimientos fetales |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de sangre | ANTECEDESTES OBSTETRICOS | | | | | | | | | Antecedente embarazo anterior (último embarazo) | | | | | | | | | Exámenes de laboratorio | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Riesgo biológico | Intervalo intergenésico | Historia Gestacional | | | | | | Estado actual de los hijos | | Diabetes gestacional | Hipertensión inducida | Hemorragias | Ruptura prematura de membranas | Sufrimiento fetal | Muerte neonatal | R.C.I.U. | Fecha último parto | Tipo parto | Serología | FTA-AS | VIH | Hepatitis B | Toxoplasmosis |
| | | | No. de gestaciones | Partos vaginales | | Cesareas | | Abortos | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Vivos | Muertos | Vivos | Muertos | | Vivos | Muertos | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Micronutrientes | | | Por qué no los toma? | Síntomas de alarma | | | | | Presencia de síntomas de alarma | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hierro | Acido folico | Calcio | | Salida de líquido vaginal (con grado o líquido amniótico) | Disminución de movimientos fetales (después de que los empieza a sentir) | Sensación de tensión o pico, dolor en la boca del estómago | Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies | Dolor de cabeza persistente | | Control Prenatal | Curso Psicoprofilactico | Salud Bucal | Vacunación | Citología | Planificación | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | MESES DE LA CTANCIA MATERNA | | | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | BAJO PESO AL NACER | IMC | ALTERACION DEL DESARROLLO | | | | Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses | Presencia de maltrato | Control de C y D | Número de veces que limpia la encia de su bebe al día | Cuidado niños y niñas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Exclusiva | Mixta | Total | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | | | MOTRICIDAD GRUESA | MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA | AUDICION Y LENGUAJE | PERSONAL Y SOSCIAL | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 UD
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 10. INFANCIA - 6 A 11

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | ALTERACION DEL DESARROLLO | | | | Conoce prácticas clave AIPEI | N. de Horas de actividad física semanal | Control odontológico últimos 6 meses | No cepillados al día | Uso seda dental | Aplicación de flúor últimos 6 meses | Control de placa últimos 6 meses | Presencia de maltrato | N° 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 forma automá | MOTRICIDAD GRUESA | MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA | AUDICION Y LENGUAJE | PERSONAL Y SOCIAL | | | | | | | | | | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos | 2.Hortalizas y leguminosas verdes | 3.Fruta s | 4.Carnes, huevos, leguminosas secos y | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| EXPERIMENTACION | | | Participación en organizaciones del barrio o la escuela | Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses | Desparasitación en el último año | Prácticas clave 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 | Remitir a | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL LICOR | DEL CIGARRILLO | DEL SPA | | | | | | | | | | | | | | C y D | Programa salud Bucal | Otro / Cuál | 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 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 1. 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 | 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 organización es del 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 (Este campo es calculado automá | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Óvulos, 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 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.(1-4-6) | | | | | | Remitir a | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos | 2.Hortalizas y leguminosas verde | 3.Frutas | 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
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 12. JUVENTUD - 18 A 28

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Control del joven | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | Señales 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 automát | | | | | | | | | | Licor | Nº Cigarrillos Al día | SPA | Comida chatarra |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 Ej.(1-4-6) | | | | | | Remitir a | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otros | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | Cáncer | 1.Cereales, raices, tubérculos y plátanos | 2.Moral leguminosas verdes | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Juventud | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Citología | 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

Version 13.
30042024

## 13. ADULTEZ 29 A 59

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Asiste a programas control del adulto | Examen de próstata en los últimos 2 años | citología vaginal | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (debe estar en color azul de acuerdo a la edad) | N. de horas de actividad física semanal | Consumo de: Licor | N° cigarrillos al día | SPA | Consulta por alcohol y drogas | Presión arterial en cifras: sistólica | Diastólica | Perímetro abdominal | Perímetro braquial | Indice cintura cadera | Signos de maltrato | Asistió al odontólogo en el último año | Asistencia psicológica en el último año | Planificación familiar | Examen de testículo | Autoexamen de seno |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Nubia Marcela | NO | — | SI | 68 | 1.45 | | 0 | NO | NO | NO | NO | 120 | 80 | 90 | 100 | | NO | NO | NO | NO | — | SI |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| Menor de 10 | Antecedentes familiares: 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Cardiopatía isquémica | 4.Cáncer | 5.Otro | CRONICAS: Diabetes | Hipertensión | Cardiopatía isquémica | Enfermedad renal crónica | EPOC | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 1.Carne, pescado, huevos, leche y derivados | 2.Harinas y legumbres | 3.Frutas | 4.Carne, pescado, huevos, legumbres, harinas y verduras | 5.Lácteos | Sopas en su dieta diaria | Results: Preparación Adulto | Preparación Salud Bucal | Plan de acción Familia | Tamizaje de Visión | Crio-cirugía | Ruta de promoción y mantenimiento | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | SI | SI | SI | SI | SI | ✓ | ✓ | NO | NO | NO | ✓ | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# FICHA FAMILIAR ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 4. VEJEZ - MAYOR A 60

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Asiste a programa control del adulto mayor | Examen de próstata en los últimos 2 años | Citología vaginal | MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS | | | N. de horas de actividad física semanal | Consumo de | | | | Presión arterial en rango | | Perímetro abdominal | Perímetro de cadera | Índice cintura cadera | Barridos de mejorado | Asistió al odontólogo en el último año | Asistencia educativa individual en el último año | Planificación en familia | Examen de laboratorio |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (Este campo calcula automá | | Licor | Nº cigarrillos/día | EPA | Consid erable | Sistóli ca | Diastóli ca | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Autocuidado y cuidado de la mujer | Menopausia | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Remite a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otro | Diabetes | Hipertensión | Diabetes mellitus | Enfermedad renal | EPOC | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos | 2.Hortalizas y legumbres verdes | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos, lácteos | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Adulto Mayor | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Terapias Vitales | Círculos | Ruta de promoción y mantenimiento | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 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 | Flora 1 | Clle 22. #9A04. | |

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| V1 | | | |
| V2 | | | |
| V3 | | | |

Responsable 1: Patricia Quintero Acevedo.
Responsable 2:

Responsable 1:
Responsable 2:

Responsable 1:
Responsable 2:

| Nombre del Jefe del Hogar: | Nombre de quién recibe la visita: | N° teléfono contacto |
|---|---|---|
| Jesús Norbey Fajol | Nubia Moreno Montoya. | 3148626049. |

| VISITA No. | OBSERVACIONES |
|---|---|
| V1 | ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización e identificación 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 | Usuaria refiere contar con todos los servicios públicos, con buena disposición de basuras, frecuencia de mascotas se siente triste en ocasiones, manifiesta se puede quedar quieta. | 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 | Sana | Usuaria refiere sentirse bien, acorde a progresos del. adulto, progreso bueno. Ruta de promoción y prevención de la salud | A M B | A M B | A M B |

| N° | HALLAZGO | ACTIVIDAD | V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 3 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 4 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 5 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 6 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 7 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 8 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 9 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 10 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Version 13.
30042024

# 1. IDENTIFICACION

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

VIVIENDA SIN OCUPANTES

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DILIGENCIADO POR | Patricia Olivares Acevedo. | | | |
| GEOREFENCIACION | LATITUD | 4-87438 | LONGITUD | -756198° |
| NÚMERO MATRICULA: | | | | |

| DATOS DE LA FAMILIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VIVIENDA | 2025 66- | FAMILIA | 1 | COHORTE | B |
| FECHA VISITA | | | | | |
| INGRESO FAMILIAR No de SMLV | | | | | |
| No. De Personas de la Familia | | | | | |

| DATOS SISBEN | |
|---|---|
| FICHA | |
| GRUPO | SUBGRUPO: |
| PUNTAJE | |
| NIVEL | |
| DIRECCION | 3226639677. |
| TELEFONO | Flora 2. 423 Cs B |
| CORREO ELECTRONICO | |

VISITAS REALIZADAS

| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | | | | | | | | 18 | | | | |
| AÑO | | | | | | | | 2025 | | | | |

VISITA DE SEGUIMIENTO

| OBSERVACIONES | FECHA DE VISITA | CREADOR |
|---|---|---|
| | | |

8

## 2. PERSONAS AUSENTES

| Nombre 1 | Nombre 2 | Apellido 1 | Apellido 2 | SEXO - (M/F) | EDAD Unidad (días / meses / años) | ESTADO - (Activo/Inactivo) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| José | Edgar | Mosco | Alcalá. | M. | 55 años | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

# FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 3. 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. Cunados 14. Otros parientes 15.No.parientes 16.Servicio doméstico/cuidandero 17.Pariente servicio doméstico/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 SI/NO | Discapacidad origen | Discapacidad tipo | Desmovilizado SI/NO | SI/NO N.A | SI/NO | No. Meses |
| 1 | cc | [illegible] | MARIA | ELIZA | MONTOYA | QUINTERO | F | 23-12-1979 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | SI | 5 | 4 | 0 | NO | S | [illegible] | 1 | NO | M | 0 | NO | NO | NO | 0 |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tipo Documento
C- Cedula de Ciudadanía
E – Cedula de Extranjería
A – Pasaporte
C- Registro Civil
I – Tarjeta de Identidad
T – No Tiene

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Técnico o Tecnológico
4- Universidad
5- Posgrado 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- Invalido

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

ETNAS
0. No aplica
1. Indígena
2. ROM(GITANO)
3. Raizal (Archipiélago San Andrés y Providencia)
4. Palanquero de san Basilo
5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendientes

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 compañía
7- Dificultad para aprender o entender

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

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

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

Version 13.
30042024

# I. AMBIENTE FISICO

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

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

| TIPO DE ALUMBRADO PRINCIPAL | |
|---|---|
| 1. Electricidad | ✓ |
| 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 | ✓ |
| 2. Inodoro con conexión a pozo séptico | |
| 3. Inodoro sin conexión | |
| 4. Letrina o Bajamar | |
| 5. No tiene | |

| 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.Rio, quebrada, manantial, nacimiento | |
| 6.Pila Publica | |
| 7.Carro tanque | |
| 8.Aguatero | |
| 9.Donación | |

| ESTRATO | |
|---|---|
| Bajo bajo | |
| Bajo | |
| Medio bajo | ✓ |
| Medio | |
| Medio Alto | |
| 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 | 1 |

| UBICACIÓN SANITARIO | |
|---|---|
| 1.Dentro | ✓ |
| 2.Fuera | |
| 3.No Aplica | |

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

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

| 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 | |

| MATERIAL PREDOMINANTE EN TECHO | |
|---|---|
| 1. Deshechos | |
| 2. Paja o Palma. | |
| 3. Teja de barro, Zinc, Plástico, Plancha | ✓ |
| 4. Asbesto | |
| CIELO RASO? | |
| SI/NO | NO |
| CIELO RASO ADECUADO? | |
| SI/NO | |
| Estado del techo | |
| bueno | ✓ |
| malo | |

| 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 | |

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

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

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

| APROVECHAMIENTO (DE LOS RESIDUOS SOLIDOS) | |
|---|---|
| 1. Lombricultivo | |
| 2.Abono | |
| 3.Reciclados | ✓ |
| Separado de la Fuente | |

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

| OTROS DATOS ADICIONALES | | | |
|---|---|---|---|
| Actividad lucrativa dentro de la vivienda | NO | Nombre de la actividad | |

| ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA | | | |
|---|---|---|---|
| Detergente | ✓ | Gasolina o inflamable | |
| Bólvora | | Plaguicidas | |
| Agroindustrial | | Adecuado | |

| 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 roedor SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERROS | 0 | | | | | | NO | | NO |
| GATOS | 0 | | | | | | | | Caracol africano SI/NO |
| EQUINOS | 0 | AVES | 0 | PORCINOS | 0 | | | | NO |
| OTROS | 0 | 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 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 aseа 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 otra 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 u otros 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 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 | Mª Eliza Montoya. | NO | NO | 1 | NO | NO | 4 | NO | SI | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## . 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 comunitarios 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. IPS, Centro o Puesto de Salud | 2. Caseta comunal | 3. Iglesia | 4. Sitios de esparcimiento. | | | | | | | | | 1. Adulto mayor | 2. Actividad física | 3. Oración | 4. Veeduría | 5. Ecológico | 6. Juvenil | 7. Otro | Cual |
| Mª Elisa Montoya. | NO | NO | NO | no | no | SI | NO | no | no | NO | no | no | no | no | no | no | no | no | no | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de familia | Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud | | Otro / Cual? | Pertenecen 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. Crónicas.
8. DLS 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. Medio Pensión.
5. Ninguno

Version 13.
30042024

# 8. GESTANTES

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | Estado actual planeado | Planificación al momento del embarazo | Asiste a control prenatal | No. de controles | Asiste a curso psicoprofilactico | Consulta odontologica | Toxoide Tetánico | | Influenza | DPT acelular | Antecedentes familiares | | | | | Antecedentes Personales | Embarazo actual | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | 1a. | 2a. | | | 1. HTA Crónica | 2.Diabetes | 3.Preclimpsia | 4.Gestación multiple | 5.Otros | | Fecha última menstruación | Fecha probable del parto | Semanas de gestación | Peso anterior (kgs) | Peso actual (kgs | Talla (cms) | I.M.C. (Este campo se calcula automáticamente al guardar el | Tensión arterial | Movimientos fetales |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de sangre | ANTECEDESTES OBSTETRICOS | | | | | | | | | Antecedente embarazo anterior (último embarazo) | | | | | | | | | Exámenes de laboratorio | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Riesgo biologico | Intervalo intergenésico | Historia Gestacional | | | | | Estado actual de los hijos | | Diabetes gestacional | Hipertensión inatenal | Hemorragias | Ruptura prematura de membrana | Sufrimiento fetal | Muerte neonatal | R.C.I.U. | Fecha último parto | Tipo parto | Serología | FTA-AS | VIH | Hepatitis B | Toxoplasmosis |
| | | | No. de gestaciones | Partos vaginales | | Cesareas | | Abortos | Vivos | Muertos | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Vivos | Muertos | Vivos | Muertos | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Micronutrientes | | | Por qué no los toma? | Síntomas de alarma | | | | | Presencia de síntomas de alarma | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hierro | Acido folico | Calcio | | Salida de liquido vaginal (semejante a liquido amniotico) | Disminución de movimientos fetales (dejo de sentir los movimientos que los empleco a sentir) | Sensación de luces o pitos, dolor en la boca del estómago | Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies | Dolor de cabeza persistente | | Control Prenatal | Curso Psicoprofilactico | Salud Bucal | Vacunación | Citología | Planificación | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Version 13.
30042024

# 9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | MESES DE LACTANCIA MATERNA | | | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | BAJO PESO AL NACER | IMC | ALTERACION DEL DESARROLLO | | | | Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses | Presencia de maltrato | Control de C y D | Número de veces que limpia la encía de su bebe al día | Cuidado niños y niñas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Exclusiva | Mixta | 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 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 10. INFANCIA - 6 A 11

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | ALTERACION DEL DESARROLLO | | | | Consulta prioritaria dentro del AIPEI | N. de Horas de actividad física semanal | Control odontológico último 6 meses | No cepillados al día | Uso seda dental | Aplicación de flúor últimos 6 meses | Control de placa últimos 6 meses | Presencia de maltrato | N° 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 forma | MOTRICIDAD GRUESA | MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA | AUDICION Y LENGUAJE | PERSONAL SOCIAL | | | | | | | | | | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátano | 2.Hortalizas y leguminosas verdes | 3.Fruta s | 4.Carnes, huevos, leguminosas secas y | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| EXPERIMENTACION | | | Participación en organizaciones del barrio o la escuela | Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses | Desparasitación en el último año | Prácticas clave 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 | Remitir a | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL LICOR | DEL CIGARRILLO | DEL SPA | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

# 1. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

| 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. 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 escuela | Cuidado del joven | Presencia de maltrato | Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral | Uso del tiempo libre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (Este campo es calculado automá | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Óvulos, 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 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.(1-4-6) | | | | | | Remitir a | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos | 2.Hortalizas y leguminosas verde | 3.Frutas | 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

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

# 12. 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 prostata | Control odontología 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 automát | | | | | | | | | | Licor | N° Cigarrillos Al día | SPA | Comida chatarra |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Si 2.No 3.No aplica

1. No planifica 2. Pastás 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 El.(1-4-6) | | | | | | Remitir a | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otros | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | Cáncer | 1.Cereales, raices, tuberculos y platanos | 2.Horalizas y legumin osas verdes | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos, legumin osas secas y mezclas | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Juventud | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Citología | 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 | ☐ |

## 13. ADULTEZ 29 A 59

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | Asiste a programa control del adulto | 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 cefálico | Lectura de estructura escrita | Señales de maltrato | Asistió al odontólogo o en el último año | Asistencia de familiar al odontólogo en el último año | Periodicidad en meses | Examen de tacto rectal | Autocuidado en la salud |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (Este campo se calcula de forma automática) | | Licor | N° Cigarrillos al día | SPA | Comida chatarra | SISTOLICA | DIASTOLICA | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| Manzana/Vivienda | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido a la hora de la cena. | | | | | | Remite a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.Diabetes | 2.Hipertension | 3.Cancer | 4.Cancer | 5.Otro | Diabetes | Hipertension | Epilepsia | Sistema nervioso mental | EPOC | 1.Carnes (res, cerdo, pollo, pescado, huevos) | 2.Harinas y legumbres (arroz, papa, pasta, lentejas) | 3.Frutas | 4.Cambio de régimen (Leche y derivados) | 5.Ninguno | 6.Otro y cual | Programa Adulto | Programa Salud Bucal | Planificacion Familia | Tamizaje Visual | Citologia | Ruta de promoción y mantenimiento | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

## 4. VEJEZ - MAYOR A 60

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Asistencia programa de salud del adulto | 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 cadera | Indice cintura cadera | Sedentarismo | Asistió al odontólogo en el último año | Asistencia psicológica en el último año | Pirámide familiar | Observaciones de consulta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (KG) | TALLA (Cms) | IMC (Este campo se calcula de forma automática) | | Licor | N° Cigarrillos día | SPA | Consumo cigarrillo | Sistólica | Diastólica | | | | | | | | |
| 1 | Mama Eliza Montoya | NO | | NO | 78. | 1.45 | | 0 | NO | 0 | NO | NO | 120 | 80 | 98 | 115 | | NO | NO | NO | NO | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Autoexamen mamario | Mamografía | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Remite a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Cáncer uterino | 4.Cáncer de | 5.Otro | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | 1.Carnes (res, pollo, cerdo, pescado y huevo) | 2.Harinas (arroz, pasta, papa, yuca, plátano verdes) | 3.Frutas | 4.Carnes (res, pollo, cerdo, pescado y huevos) | 5.Lácteos | 6.Grasa (aceite y aguacate) | Programa Adulto Mayor | Programa Salud Oral | Planificación Familiar | Terapias de Vínculo | Citología | Ruta de promoción y mantenimiento | Observaciones |
| NO | NO | NO | NO | NO | NO | Epa Bajo | NO | NO | NO | NO | NO | SI | SI | SI | SI | SI | NO | ✓ | ✓ | NO | ✓ | NO | ✓ | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 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. | Flora 2 MZ 3 | MZ 3. CS 13 | |

| V1 DIA | V1 MES | V1 AÑO | V2 | V2 DIA | V2 MES | V2 AÑO | V3 | V3 DIA | V3 MES | V3 AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

| Responsable 1: Patricia Jurado Acevedo. | Responsable 1: | Responsable 1: |
|---|---|---|
| Responsable 2: | Responsable 2: | Responsable 2: |

| Nombre del Jefe del Hogar: | Nombre de quién recibe la visita: | N° telefono contacto |
|---|---|---|
| Jose Edgar Marin Montoya | Mª Eliza Montoya Quintero | 3226639677. |

| VISITA No. | OBSERVACIONES |
|---|---|
| V1 | ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización e identificación a 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 | Usuaria no permite el ingreso refiere contar con todos los servicios públicos buena disposición de basura, refiere que se siente triste por momentos, no tenemos de mascotas, mantiene con sueño | A ✓<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 2 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 3 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 4 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |

### CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

| N° | HALLAZGO | ACTIVIDAD | V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Sana | Usuaria refiere no tener antecedentes frecuentes. se observa sano: remite a programa de adulto mayor, programa de salud bucal, tamizaje visual, Ruta de promoción y mantenimiento de la salud. | A ✓<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |

| N° | HALLAZGO | ACTIVIDAD | V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 3 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 4 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 5 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 6 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 7 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 8 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 9 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 10 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

# 1. IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

| AREA GEOGRAFICA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | ZONA | COMUNA/CORREGIMIENTO | BARRIO/VEREDA | SECTOR |
| 66 - RISARALDA | Santa Rosa | Urbano | | | |

**DATOS DE LA FAMILIA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VIVIENDA | 2025 64 | FAMILIA | 1 | COHORTE | B |

| | |
|---|---|
| FECHA VISITA | |
| INGRESO FAMILIAR No de SMLV | |
| No. De Personas de la Familia | |

**DATOS SISBEN**

| | |
|---|---|
| FICHA | |
| GRUPO | SUBGRUPO: |
| PUNTAJE | |
| NIVEL | |
| DIRECCION | Flora 2 Mz 3 Ac 19. |
| TELEFONO | 3104558905. |
| CORREO ELECTRONICO | |

**VIVIENDA SIN OCUPANTES**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DILIGENCIADO POR | Patricio Arango Acevedo | | | |
| GEOREFENCIACION | LATITUD | 4.87438 | LONGITUD | -75.61957 |
| NÚMERO MATRICULA: | | | | |

**VISITAS REALIZADAS**

| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | | | | | | | | 18 | | | | |
| AÑO | | | | | | | | 2025 | | | | |

**VISITA DE SEGUIMIENTO**

| OBSERVACIONES | FECHA DE VISITA | CREADOR |
|---|---|---|
| | | |

(3)

2. PERSONAS AUSENTES

| Nombre 1 | Nombre 2 | Apellido 1 | Apellido 2 | SEXO – (M/F) | EDAD Unidad (días / meses / años) | ESTADO – (Activo/Inactivo) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

# FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 3. 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. Cunados 14. Otros parientes 15.No.parientes 16.Servicio doméstico/cuidandero 17.Pariente servicio doméstico/cuiden

| | IDENTIFICACIÓN | | NOMBRE Y APELLIDOS | | | | SEXO | FECHA DE NACIEMIENTO | 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/N O | | | | SI/NO | Tipo | EPS | | Desplazado SI/NO | Discapacidad origen | Discapacidad tipo | Desmovilizado SI/NO | SI/NO NA | SI/NO | No. Meses |
| 1 | CC | 25158324 | Omaira | — | Quintero | Muñoz | F | 8-8-63 | 62 | 3 | 4 | | 01 | SI | 5 | 09 | 96 | NO | S | MERS | NA | NO | NO | NO | NO | NO | NO | 0 |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tipo Documento
C- Cedula de Ciudadanía
E – Cedula de Extranjería
A – Pasaporte
C- Registro Civil
T – Tarjeta de Identidad
N – No Tiene

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Técnico o Tecnológico
4- Universidad
5- Posgrado 0 - Ninguno

Actividad Último 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- Régimen Especial

ETNIAS
0. No aplica
1. Indígena
2. ROM(GITANO)
3. Raizal (Archipiélago San Andrés y Providencia)
4. Palanquero de san Basilo
5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendientes

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- Violenta
6- Desconocido

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

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

Version 13.
30042024

# I. AMBIENTE FISICO

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

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

**TIPO DE ALUMBRADO PRINCIPAL**
1. Electricidad ✓
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 ✓
2. Inodoro con conexión a pozo séptico
3. Inodoro sin conexión
4. Letrina o Bajamar
5. No tiene

**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. Rio, quebrada, manantial, nacimiento
6. Pila Publica
7. Carro tanque
8. Aguatero
9. Donación

**ESTRATO**
- Bajo bajo
- Bajo
- Medio bajo ✓
- Medio
- Medio Alto
- 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 1

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

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

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

**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

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

CIELO RASO? SI/NO NO

CIELO RASO ADECUADO? SI/NO

Estado del techo
- bueno ✓
- malo

**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 NO

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

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

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

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

Separado de la Fuente

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

**OTROS DATOS ADICIONALES**

Actividad lucrativa dentro de la vivienda NO — Nombre de la actividad

**ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA**
- Detergente ✓
- Bólvora
- Agroindustrial
- Gasolina o inflamable
- Plaguicidas
- Adecuado

**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

Version 13.
30042024

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ERROS | 0 | | | | | | NO | | NO |
| ATOS | 0 | | | | | | | | Caracol africano SI/NO |
| QUINOS | 0 | AVES | 0 | PORCINOS | 0 | | | | NO |
| TROS | 0 | 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 lo beseen 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 aseа 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Esté exegeradamente 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 otra 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 u 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 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 | Ramiro Montero M. | (NO) SI | NO | NO | NO | NO | 2-3 | NO | SI | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |

SI de perros 10 2205

# FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## . 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 comunitarios 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 psicologica. SI / NO | Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO | Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO | Participa en grupos u organizaciones del barrio | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. IPS, Centro o Puesto de Salud | 2. Caseta comunal | 3. Iglesia | 4. Sitios de esparcimiento. | | | | | | | | | 1. Adulto mayor | 2. Actividad física | 3. Oración | 4. Veeduría | 6. Ecológico | 6. Juvenil | 7. Otro | Cual |
| Dunira Montoya M. | NO | NO | SI | SI | NO | NO | NO | SI | NO | SI | SI | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de familia | Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaria de Salud | | Otro / Cual? | Pertenecen 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. Crónicas.
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. Media Pensión.
5. Ninguno

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

Version 13.
30042024

# 8. GESTANTES

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | Estado actual planeado | Planificación al momento del embarazo | Asiste a control prenatal | No. de controles | Asiste a curso psicoprofilactico | Consulta odontológica | Toxoide Tetánico | | Influenza | DPT acelular | Antecedentes familiares | | | | | Antecedentes Personales | Embarazo actual | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | 1a. | 2a. | | | 1.HTA Crónica | 2.Diabete s | 3.Preeclam psia | 4.Control de multiple | 5.Otros | | Fecha última menstruación | Fecha probable del parto | Semanas de gestación | Peso anterior (kgs) | Peso actual (kgs | Talla (cms) | I.M.C. (Este campo se calculará automáticamente al guardar el | Tensión arterial | Movimientos fetales |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de sangre | ANTECEDENTES OBSTETRICOS | | | | | | | | | | Antecedente embarazo anterior (último embarazo) | | | | | | | | | Exámenes de laboratorio | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Riesgo biológico | Intervalo intergenésico | Historia Gestacional | | | | | | Estado actual de los hijos | | Diabetes gestacional | Hipertensión materna | Hemorragias | Ruptura prematura de membranas | Sufrimiento fetal | Muerte neonatal | R.C.I.U. | Fecha último parto | Tipo parto | Serología | FTA-AS | VIH | Hepatitis B | Toxoplasmosis |
| | | | No. de gestaciones | Partos vaginales | | Cesareas | | Abortos | Vivos | Muertos | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Vivos | Muertos | Vivos | Muertos | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Micronutrientes | | | Porqué no los toma? | Síntomas de alarma | | | | | Presencia de síntomas de alarma | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hierro | Acido folico | Calcio | | Salida de líquido (amniótico o líquido amniótico) | Disminución de movimientos fetales (después de que los sintieron a sentir) | Sensación de visión borrosa, dolor en la boca del estómago | Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies | Dolor de cabeza persistente | | Control Prenatal | Curso Psicoprofilactico | Salud Bucal | Vacunación | Citología | Planificación | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | MESES DE LA CTANCIA MATERNA | | | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | BAJO PESO AL NACER | IMC | ALTERACION DEL DESARROLLO | | | | Egreso hospitalari o por IRA y EDA en los últimos 6 meses | Presencia de maltrato | Control de C y D | Número de veces que limpia la encia de su bebe el día | Cuidado niños y niñas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Exclusiva | Mixta | 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 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 10. INFANCIA - 6 A 11

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | ALTERACION DEL DESARROLLO | | | | Conoce prácticas clave AIPEI | N. de Horas de actividad física semanal | Control odontológico últimos 6 meses | No cepillado al día | Uso seda dental | Aplicación de flúor últimos 6 meses | Control de placa últimos 6 meses | Presencia de maltrato | N° 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 forma automática) | MOTRICIDAD GRUESA | MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA | AUDICIÓN Y LENGUAJE | PERSONAL Y SOCIAL | | | | | | | | | | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátano | 2.Hortalizas y legumbres verdes | 3.Fruta | 4.Carne, huevos, legumbres secas y | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| EXPERIMENTACION | | | Participación en organizaciones del barrio o la escuela | Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses | Desparasitación en el último año | Prácticas clave 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 | Remitir a | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL LICOR | DEL CIGARRILLO | DEL SPA | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Version 13.
30042024

# 1. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

| 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. de Horas de actividad física semanal | N° Consumo de cigarrillo al Día | Consumo de licor | Consumo de SPA | Consumo de comida chatarra | Participación en organización del 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 (Este campo es calculado automá | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Óvulos, 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 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.(1-4-6) | | | | | | Remitir a | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1.Cereales, raíces, tubérculos 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 | Tamizaje Visual | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

# 12. 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 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 automát | | | | | | | | | | Licor | N° Cigarrillos Al día | SPA | Comida chatarra |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 E[,(1-4-6) | | | | | | Remitir a | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otros | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | Cáncer | 1.Cereales, raices, tuberculos y platanos | 2.Harinas y legumin osas verdes | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos, legumin osas secas y mezclas | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Juventud | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Citología | 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

Version 13.
30042024

## 13. ADULTEZ 29 A 59

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Asiste a programa control del adulto | Examen de prostata 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 braquial | Indice cintura cadera | Señales de maltrato | Asistio al odontólogo en el último año | Asistencia planificación familiar en el último año | Planificación familiar | Examen de testículo | Autoexamen de seno |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (KGR) | TALLA (Cms) | IMC (Este campo se calcula solo) | | Licor | Nº Cigarrillos al día | EPA | Consumo de cloroformo | Sentado | Diastol ica | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| Nombres | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.Diabetes | 2.Hipertension | 3.Cancer | 4.Cardiopatia | 5.Otro | Diabetes | Hipertension | Diabetes gestacional | Enfermedad renal | EPOC | 1.Cereales, raices, tuberculos y platanos | 2.Hortalizas y legumbres verdes | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos, leguminosas secas y | 5.Lacteos | 6.Grasas y azucares | Programa Adulto Z. | Programa Salud Bucal | Planificacion Familia | Toma de Visual | Citologia | Ruta promocion y mantenimiento | 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 general del adulto mayor | 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 cadera | Indice cintura cadera | Síntomas de menopausia | Asistió al odontólogo en el último año | Asistencia Psicología en el último año | Psicoactivo en consulta | Examen de sangre oculto |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (Este campo se calcula de forma automática) | | Licor | N° Cigarrillos diarios | SPA | Consumo de cloroformo | Sistólica | Diastólica | | | | | | | | |
| 1. | Oscaina Quintero Murillo | NO | - | SI | 64 | 1.55 | | 2 | NO | NO | NO | NO | 140 | 90 | 97 | 108 | | NO | NO | NO | NO | - |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Autocuidado n de riesgo | Monografía | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Recibir: | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Cáncer uterino | 4.Cáncer de | 5.Otro s | Diabetes | Hipertensión | Obesidad | Enfermedad renal | EPOC | 1.Carne bovina, cerdo, cabra y | 2.Huevos y lácteos enteros | 3.Frutas | 4.Carne de pollo, huevos, lácteos | 5.Legumbres | 6.Cereales y derivados | Programa del Adulto Mayor | Programa de Salud Oral | Planificación Familiar | Tamizaje Visual | Citología | Ruta de promoción y mantenimiento | Observaciones |
| SI | SI | NO | SI | NO | NO | NO | NO | SI | NO | NO | NO | NO | SI | SI | SI | SI | SI | ✓ | ✓ | NO | ✓ | NO | ✓ | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CD - 4 2205
Controles

Hipotiroidismo

# FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud - Ejecutamiento de Risaralda

## PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

| Municipio: | Barrio o Vereda | Dirección | Ficha familiar No. |
|---|---|---|---|
| Santa Rosa. | Flora 2 | M23A CS19. | |

| | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V1 | | | | V2 | | | | V3 | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Responsable 1: Responsable 2: | Responsable 1: Patricia Quirama Acevedo | Responsable 1: Responsable 2: | Responsable 1: Responsable 2: |

| Nombre del Jefe del Hogar: | Nombre de quién recibe la visita: | N° teléfono contacto |
|---|---|---|
| Omaira Quintero Morales. | Omaira Quintero Morales. | 3104558905. |

| VISITA No. | OBSERVACIONES |
|---|---|
| V1 | ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización e identificación a 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 | Permite el ingreso a la vivienda. | Usuaria refiere contar con todos los servicios públicos, externamente se observa buena infraestructura, cuenta con buena disposición de los sitios refiere el olor de aguas negras cerca pero no sabe para valer. | (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 | HTA | Usuaria importante en tratamiento en su EPS, remito al adulto mayor, programa de salud bucal, planificación familiar y tamizaje visual - ruta de promoción y mantenimiento. | (A) ✓ (M) (B) | (A) (M) (B) | (A) (M) (B) |

| Nº | HALLAZGO | ACTIVIDAD | V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 3 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 4 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 5 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 6 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 7 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 8 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 9 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 10 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |

DILIGENCIADO POR:

Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPANADO POR:

Nombre y Apellidos
Profesión:

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Version 13.
30042024

# 1. IDENTIFICACION

| AREA GEOGRAFICA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | ZONA | COMUNA/CORREGIMIENTO | BARRIO/VEREDA | SECTOR |
| 66 - RISARALDA | Santa Rosa. | Urbana | | 12 Flores. | |

VIVIENDA SIN OCUPANTES

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DILIGENCIADO POR | Patricia Quintero Acevedo. | | | |
| GEOREFENCIACION | LATITUD | 4.87489 | LONGITUD | -75.6957. |
| NÚMERO MATRICULA: | | | | |

DATOS DE LA FAMILIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VIVIENDA | 2025 69 | FAMILIA | 1 | COHORTE | B. |
| FECHA VISITA | | | | | |
| INGRESO FAMILIAR No de SMLV | | | | | |
| No. De Personas de la Familia | | | | | |

DATOS SISBEN

| | |
|---|---|
| FICHA | |
| GRUPO | SUBGRUPO: |
| PUNTAJE | |
| NIVEL | |
| DIRECCION | 12 Flores. 242 3A 019 |
| TELEFONO | 3207057513 |
| CORREO ELECTRONICO | |

VISITAS REALIZADAS

| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | | | | | | | | 18 | | | | |
| AÑO | | | | | | | | 2025 | | | | |

VISITA DE SEGUIMIENTO

| OBSERVACIONES | FECHA DE VISITA | CREADOR |
|---|---|---|
| | | |

(2)

## 2. PERSONAS AUSENTES

| Nombre 1 | Nombre 2 | Apellido 1 | Apellido 2 | SEXO – (M/F) | EDAD Unidad (días / meses / años) | ESTADO – (Activo/Inactivo) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Rubén | | Flórez | Tobón. | M. | 64 años | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

# FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 3. 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 doméstico/cuidandero 17.Pariente servicio doméstico/cuiden

| | 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 SI/NO | Discapacidad origen | Discapacidad tipo | Desmovilizado SI/NO | SI/NO NA | SI/NO | No. Meses |
| 1 | CC | 25162647 | Nolaury | — | Quintero | Muñoz | F | 03-08 | 57 | | 2 | 1 | 11 | SI | 11 | 4 | 0 | NO | C | 5.05 | N.A | NO | N | N | NO | NA | NO | 0 |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tipo Documento
C- Cedula de Ciudadanía
E – Cedula de Extranjería
A – Pasaporte
C- Registro Civil
I – Tarjeta de Identidad
T – No Tiene

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Técnico o Tecnológico
4- Universidad
5- Posgrado 0 - Ninguno

Actividad Último 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- Régimen Especial

ETNIAS
0. No aplica
1. Indígena
2. ROM(GITANO)
3. Raizal (Archipiélago San Andrés y Providencia)
4. Palanquero de san Basilo
5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendientes

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 compañía
7- Dificultad para aprender o entender

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

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

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

Version 13.
30042024

# I. AMBIENTE FISICO

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

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

| TIPO DE ALUMBRADO PRINCIPAL | |
|---|---|
| 1. Electricidad | ✓ |
| 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 | ✓ |
| 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 | |

| 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.Rio, quebrada, manantial, nacimiento | |
| 6.Pila Publica | |
| 7.Carro tanque | |
| 8.Aguatero | |
| 9.Donación | |

| ESTRATO | |
|---|---|
| Bajo bajo | |
| Bajo | |
| Medio bajo | ✓ |
| Medio | |
| Medio Alto | |
| Alto | |

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

| 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 | |

| MATERIAL PREDOMINANTE EN TECHO | |
|---|---|
| 1. Deshechos | |
| 2. Paja o Palma. | |
| 3. Teja de barro, Zinc, Plástico, Plancha | ✓ |
| 4. Asbesto | |
| CIELO RASO? | |
| SI/NO | NO |
| CIELO RASO ADECUADO? | |
| SI/NO | |
| Estado del techo | |
| bueno | ✓ |
| malo | |

| 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 | |

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

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

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

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

| APROVECHAMIENTO (DE LOS RESIDUOS SOLIDOS) | |
|---|---|
| 1. Lombricultivo | |
| 2.Abono | |
| 3.Reciclados | ✓ |
| Separado de la Fuente | |

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

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

| OTROS DATOS ADICIONALES | | | |
|---|---|---|---|
| Actividad lucrativa dentro de la vivienda | SI | Nombre de la actividad | Aseo |

| ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA | | | |
|---|---|---|---|
| Detergente | ✓ | Gasolina o inflamable | |
| Bólvora | | Plaguicidas | |
| Agroindustrial | | Adecuado | |

| 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 SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ERROS | 0 | | | | | | NO | | NO |
| ATOS | | | | | | | | | Caracol africano SI/NO |
| QUINOS | 0 | AVES | 0 | PORCINOS | 0 | | | | NO |
| TROS | | 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 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 aséa 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 otra 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 u 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 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 | Nohemy Quintero | NO | NO | 6 | NO | NO | NO | NO | SI | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |

# FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## . 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 comunitarios 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 psicologica. SI / NO | Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO | Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO | Participa en grupos u organizaciones del barrio | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. IPS, Centro o Puesto de Salud | 2. Caseta comunal | 3. Iglesia | 4. Sitios de esparcimiento. | | | | | | | | | 1. Adulto mayor | 2. Actividad física | 3. Oración | 4. Veeduría | 6. Ecológico | 5. Juvenil | 7. Otro | Cual |
| Nohemy Quintero | no | no | si | si | no | si | no | si | no | si | si | si | no | no | no | no | no | no | no | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de familia | Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud | | Otro / Cual? | Pertenecen al programa |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

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

1. Ampliado de Inmunizaciones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Bucal.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Crónicas.
8. DLS 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. Media Pensión.
5. Ninguno

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

Version 13.
30042024

# 8. GESTANTES

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | Estado actual planeado | Planificación al momento del embarazo | Asiste a control prenatal | No. de controles | Asiste a curso psicoprofilactico | Consulta odontológica | Toxoide Tetánico | | Influenza | DPT acelular | Antecedentes familiares | | | | | Antecedentes Personales | Embarazo actual | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | 1a. | 2a. | | | 1.HTA Crónica | 2.Diabete s | 3.Preeclam psia | 4.Gestaci ón multiple | 5.Otros | | Fecha último menstruación | Fecha probable del parto | Semanas de gestación | Peso anterior (kgs) | Peso actual (kgs) | Talla (cms) | I.M.C. (Este campo se calculará automáticamente al guardar el | Tensión arterial | Movimientos fetales |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de sangre | ANTECEDESTES OBSTETRICOS | | | | | | | | | Antecedente embarazo anterior (Último embarazo) | | | | | | | | | Exámenes de laboratorio | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Riesgo biologico | Intervalo intergenésico | Historia Gestacional | | | | | Estado actual de los hijos | | Obstetrica operacional | Hipertensión materna | Hemorragias | Ruptura prematura de membranas | Sufrimiento fetal | Muerte neonatal | R.C.I.U. | Fecha último parto | Tipo parto | Serología | FTA-AS | VIH | Hepatitis B | Toxoplasmosis |
| | | | No. de gestaciones | Partos vaginales | | Cesareas | | Abortos | Vivos | Muertos | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Vivos | Muertos | Vivos | Muertos | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Micronutrientes | | | Porqué no los toma? | Síntomas de alarma | | | | | Presencia de síntomas de alarma | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hierro | Acido folico | Calcio | | Salida de liquido vaginal (sangrado o liquido amniotico) | Disminución de movimientos fetales (despues de las 20 semanas o sentir) | Sensación de fiebre o pitos, dolor en la boca del estómago | Hinchazón (edema) en la cara o Hinchazón exagerada de los pies | Dolor de cabeza persistente | | Control Prenatal | Curso Psicoprofilactico | Salud Bucal | Vacunación | Citología | Planificación | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

| No.. | NOMBRES Y APELLIDOS | MESES DE LACTANCIA MATERNA | | | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | BAJO PESO AL NACER | IMC | ALTERACION DEL DESARROLLO | | | | Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses | Presencia de maltrato | Control de CyD | Número de veces que limpia la nevera de su bebe al día | Cuidado niños y niñas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Exclusiva | Mixta | 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

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

## 10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | ALTERACION DEL DESARROLLO | | | | Conoce prácticas claves AIEPI | N. de Horas de actividad física semanal | Control odontológico últimos 6 meses | No cepillados al día | Uso seda dental | Aplicación flúor últimos 6 meses | Control de placa últimos 6 meses | Prevención de maltrato | N° 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 forma automática) | MOTRICIDAD GRUESA | MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA | AUDICION Y LENGUAJE | PERSONAL Y SOCIAL | | | | | | | | | | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátano | 2.Hortalizas y leguminosas verdes | 3.Fruta | 4.Carne, huevos, leguminosas secas y | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| EXPERIMENTACION | | | Participación en organizaciones del barrio o la escuela | Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses | Desparasitación en el último año | Prácticas claves lavado de manos antes de comer | Cuidado niñas y niños | 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 | Remitir a | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL LICOR | DEL CIGARRILLO | DEL SPA | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Version 13.
30042024

# 1. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS | Control del joven | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | Tamizaje visual a los 12 y 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 organización es del 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 (Este campo es calculado automá | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Óvulos, 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 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.(1-4-6) | | | | | | Remitir a | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1.Cereales, raices, tubérculos y plátanos | 2.Hortalizas y legumin osas verde | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos legumin osas 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
## Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 12. 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 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 automát | | | | | | | | | | Licor | N° Cigarrillos Al día | SPA | Comida chaterra |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 Ej.(1-4-6) | | | | | | Remitir a | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otros | Diabetes | Hipertensión | Dislipidemia | Enfermedad renal | EPOC | Cáncer | 1.Cereales, raices, tubérculos y plátanos | 2.Hortalizas y leguminosas verdes | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Juventud | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Citología | 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

Version 13.
30042024

## 13. ADULTEZ 29 A 59

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Asiste a programa control del adulto | Esperan de pruebas en laboratorios 2 años | Citología vaginal 1 | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | N. de horas de actividad semanal | Consumo de | | | | Presión arterial en mmHg | | Perímetro abdominal | Perímetro de cadera | Indice cintura cadera | Señales de maltrato | Adulto de referencia 0 en el último año | Asistencia Orientación familiar en el último año | Planificación familiar | Examen de tamizaje | Autocuidado 1 de enero |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (Este campo se calcula de forma automática) | | Licor | N. Cigarrillos al día | SPA | Comida chatarra | sistólica | Diastólica | | | | | | | | | |

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

| Numeración | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido ayer dieta diaria | | | | | | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Cáncer | 4.Cardiopatía | 5.Otros | Diabetes | Hipertensión | Diabetes gestacional | Enfermedad renal | EPOC | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos | 2.Hortalizas y legumbres verdes | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos, legumbres secas | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Adulto Mayor | Jornada Salud Bucal | Planificación familiar | Tamización Visual | 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

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Asiste a programa comunidad rotario | Examen de próstata 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 cadera | Indice cintura cadera | Semáforo de maltrato | Asesoría nutricional en el último año | Asesoría Psicológica en el último año | Planificación familiar | Síntomas de sospecha |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (Este campo se calcula de forma automática) | | Licor | Nº cigarrillos al día | SPA | Consejería | Sistólica | Diastólica | | | | | | | | |
| 1. | Nolemy Quintero | 10. | | Si | 60 | 1.52. | | 6 | No | 0 | No | No. | 120 | 80 | 98 | 110 | | 110 | No | No | No. | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Autoexamen de seno | Mamografía | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Remitir a | | | | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Cardiovascular | 4.Cancer | 5.Otro | Diabetes | Hipertensión | Diabetes mellitus | Enfermedad renal crónica | EPOC | 1.Carnes rojas, vísceras, tubérculos y harinas | 2.Huevos, aceites y lácteos | 3.Frutas | 4.Cereales, leguminosas, harinas | 5.Lácteos | 6.Carnes y otros | Programa Adulto Mayor | Programa Salud Bucal | Planificación Familiar | Terapias de Visual | Citología | Ruta de promoción y mantenimiento |
| Si | Si | No | Si | No | Si | No | No | No | No | No | No. | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | Si | No | Si | No | Si | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Hipertiroidismo

Proverdy

# 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 2 | Mz 3 A Cs 19. | |

| | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|
| V1 | | | |
| V2 | | | |
| V3 | | | |

Responsable 1: Patricia Quirama Acevedo
Responsable 2:

Responsable 1:
Responsable 2:

Responsable 1:
Responsable 2:

| Nombre del Jefe del Hogar: | Nombre de quién recibe la visita: | N° telefono contacto |
|---|---|---|
| Nohemy Quintero Morales | Nohemy Quintero Morales. | 3207057513 |

| VISITA No. | OBSERVACIONES |
|---|---|
| V1 | ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización e identificación a 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 | Permite el Ingreso a la Vivienda | Usuaria permite el ingreso a la vivienda se observa buena estructura física, cuenta con todos los servicios públicos, con buena disposición de basuras, refiere permanentemente sentirse muy sola. | 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 refiere sentirse bien, aparentemente sola. recibe atención al adulto. programa de salud bucal, tamizaje visual. Ruta de promoción y mantenimiento de la salud. | A / M / B | A / M / B | A / M / B |

| Nº | HALLAZGO | ACTIVIDAD | V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 3 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 4 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 5 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 6 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 7 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 8 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 9 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 10 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Version 13.
30042024

# 1. IDENTIFICACION

| AREA GEOGRAFICA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | ZONA | COMUNA/CORREGIMIENTO | BARRIO/VEREDA | SECTOR |
| 66 - RISARALDA | Santa Rosa. | Urbano | | Plaza. | |

VIVIENDA SIN OCUPANTES

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| DILIGENCIADO POR | Patricia Chirama Acevedo | | | |
| GEOREFENCIACION | LATITUD | 4.87470 | LONGITUD | -75.61968 |
| NÚMERO MATRICULA: | | | | |

| DATOS DE LA FAMILIA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| VIVIENDA | 2025 83 | FAMILIA | 1 | COHORTE | B |
| FECHA VISITA | | | | | |
| INGRESO FAMILIAR No de SMLV | | | | | |
| No. De Personas de la Familia | | | | | |

| DATOS SISBEN | |
|---|---|
| FICHA | |
| GRUPO | SUBGRUPO: |
| PUNTAJE | |
| NIVEL | |
| DIRECCION | Cll 23A # 9-37. |
| TELEFONO | 3217249711 |
| CORREO ELECTRONICO | |

VISITAS REALIZADAS

| MES | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIA | | | | | | | | 18 | | | | |
| AÑO | | | | | | | | 2025 | | | | |

VISITA DE SEGUIMIENTO

| OBSERVACIONES | FECHA DE VISITA | CREADOR |
|---|---|---|
| | | |

Version 13.
30042024

## 2. PERSONAS AUSENTES

| Nombre 1 | Nombre 2 | Apellido 1 | Apellido 2 | SEXO – (M/F) | EDAD Unidad (días / meses / años) | ESTADO – (Activo/Inactivo) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Diana | Raflame. | Tellez | Silva | F | 39 | |
| Robert | | Salvas | Castro | M | 40 | |
| Kevin | | Zea | Tellez. | M | 17 | |
| Daana. | Valentina. | Salvas | Castro | F. | 6 | |
| | | | | | | |

# FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

## Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

## 3. 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. Cunados 14. Otros parientes 15.No.parientes 16.Servicio doméstico/cuidandero 17.Parente servicio doméstico/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 | 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 SI/NO | Discapacidad origen | Discapacidad tipo | Desmovilizado SI/NO | SI/NO NA | SI/NO | No. Meses |
| 1 | CC | 42053859 | Luz | Helena | Silva | Loaiza | F | 21-4-1958 | 67 | | 4 | 1 | 9 | SI | 9 | 4 | 0 | SI | C | S-08 | NA | NO | NO | 0 | NO | NA | NO | 0 |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tipo Documento
C- Cedula de Ciudadanía
E – Cedula de Extranjería
A – Pasaporte
C- Registro Civil
I – Tarjeta de Identidad
T – No Tiene

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Técnico o Tecnológico
4- Universidad
5- Posgrado 0 - Ninguno

Actividad Último 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- Régimen Especial

ETNIAS
0. No aplica
1. Indigena
2. ROM(GITANO)
3. Raizal (Archipiélago San Andrés y Providencia)
4. Palanquero de san Basilo
5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendientes

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 cafe sin ayuda o compañia
7- Dificultad para aprender o entender

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

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

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA INTEGRAL
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

# I. AMBIENTE FISICO

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

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

| TIPO DE ALUMBRADO PRINCIPAL | |
|---|---|
| 1. Electricidad | ✓ |
| 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 | ✓ |
| 2. Inodoro con conexión a pozo séptico | |
| 3. Inodoro sin conexión | |
| 4. Letrina o Bajamar | |
| 5. No tiene | |

| 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.Rio, quebrada, manantial, nacimiento | |
| 6.Pila Publica | |
| 7.Carro tanque | |
| 8.Aguatero | |
| 9.Donación | |

| ESTRATO | |
|---|---|
| Bajo bajo | |
| Bajo | |
| Medio bajo | ✓ |
| Medio | |
| Medio Alto | |
| Alto | |

| 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 | 4 |

| UBICACIÓN SANITARIO | |
|---|---|
| 1.Dentro | ✓ |
| 2.Fuera | |
| 3.No Aplica | |

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

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

| 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 | |

| MATERIAL PREDOMINANTE EN TECHO | |
|---|---|
| 1. Deshechos | |
| 2. Paja o Palma. | |
| 3. Teja de barro, Zinc, Plástico, Plancha | ✓ |
| 4. Asbesto | |
| CIELO RASO? | |
| SI/NO | NO |
| CIELO RASO ADECUADO? | |
| SI/NO | |
| Estado del techo | |
| bueno | ✓ |
| malo | |

| 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 | NO |

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

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

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

| APROVECHAMIENTO (DE LOS RESIDUOS SOLIDOS) | |
|---|---|
| 1. Lombricultivo | |
| 2.Abono | |
| 3.Reciclados | ✓ |
| Separado de la Fuente | |

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

| ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA | | | |
|---|---|---|---|
| Detergente | ✓ | Gasolina o Inflamable | |
| Bólvora | | Plaguicidas | |
| Agroindustrial | | Adecuado | |

| OTROS DATOS ADICIONALES | | | |
|---|---|---|---|
| Actividad lucrativa dentro de la vivienda | SI | Nombre de la actividad | Reciclaje. |

| 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 SI/NO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ERROS | 1 | | 1 | 1 | 1 | | NO | NO |
| ATOS | | | | | | | | Caracol africano SI/NO |
| QUINOS | 0 | AVES | 0 | PORCINOS | 0 | | | NO |
| TROS | 0 | CUALES: | 0 | | | | | |

## 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 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 aséa 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 otra 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 u 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 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 Helena Silva L. | NO | NO | NO | 4. | NO | NO | NO | SI | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Version 13.
30042024

## . 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 comunitarios 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. IPS, Centro o Puesto de Salud | 2. Caseta comunal | 3. Iglesia | 4. Sitios de esparcimiento | | | | | | | | | 1. Adulto mayor | 2. Actividad física | 3. Oración | 4. Veeduría | 5. Ecológico | 5. Juventud | 7. Otro | Cual |
| Luz Helena Lizcano | NO | NO | Si | SI | NO | NO | Si | NO | NO | NO | Si | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de familia | Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud | | Otro / Cual? | Pertenecen 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. DLS 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. Media Pensión.
5. Ninguno

Version 13.
30042024

# 8. GESTANTES

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | Estado actual planeado | Planificación al momento del embarazo | Asiste a control prenatal | No. de controles | Asiste a curso psicoprofiláctico | Consulta odontológica | Toxoide Tetánico | | Influenza | OPT acelular | Antecedentes familiares | | | | | Antecedentes Personales | Embarazo actual | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | 1a. | 2a. | | | 1.HTA Crónica | 2.Diabetes | 3.Preeclampsia | 4.Gemelar o multiple | 5.Otros | | Fecha última menstruación | Fecha probable del parto | Semanas de gestación | Peso anterior (kgs) | Peso actual (kgs | Talla (cms) | I.M.C. (Este campo se autocalcula automáticamente al guardar el | Tensión arterial | Movimientos fetales |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Tipo de sangre | ANTECEDENTES OBSTETRICOS | | | | | | | | | | Antecedente embarazo anterior (último embarazo) | | | | | | | | | Exámenes de laboratorio | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Riesgo biológico | Intervalo intergenésico | Historia Gestacional | | | | | | Estado actual de los hijos | | Diabetes gestacional | Hipertensión materna | Hemorragias | Ruptura prematura de membranas | Sufrimiento fetal | Muerte neonatal | R.C.I.U. | Fecha último parto | Tipo parto | Serología | FTA-AS | VIH | Hepatitis B | Toxoplasmosis |
| | | | No. de gestaciones | Partos vaginales | | Cesareas | | Abortos | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Vivos | Muertos | Vivos | Muertos | | Vivos | Muertos | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Micronutrientes | | | Por qué no los toma? | Síntomas de alarma | | | | | Presencia de síntomas de alarma | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hierro | Acido folico | Calcio | | Salida de líquido vaginal (encontrado o líquido amniótico) | Disminución de movimientos fetales (después de las 20 semanas) | Sensación de fiebre o frio, dolor en la boca del estomago | Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies | Dolor de cabeza persistente | | Control Prenatal | Curso Psicoprofiláctico | Salud Bucal | Vacunación | Citología | Planificación | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | MESES DE LACTANCIA MATERNA | | | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | BAJO PESO AL NACER | IMC | ALTERACION DEL DESARROLLO | | | | Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses | Presencia de maltrato | Control de C y D | Número de veces que limpia la encía de su bebe al día | Cuidado niños y niñas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Exclusiva | Mixta | 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
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

## 10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | ALTERACION DEL DESARROLLO | | | | Conoce prácticas clave AIPEI | N. de Horas de actividad física semanal | Control odontológico últimos 6 meses | No cepillados al día | Uso seda dental | Aplicación de flúor últimos 6 meses | Control de visión últimos 6 meses | Presencia de maltrato | N° 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 automá | MOTRICIDAD GRUESA | MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA | AUDICIÓN Y LENGUAJE | PERSONAL Y SOCIAL | | | | | | | | | | 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátano | 2.Hortalizas y legumbres verdes | 3.Fruta s | 4.Carne, huevos, leguminosas secas y | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| EXPERIMENTACION | | | Participación en organizaciones del barrio o la escuela | Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses | Desparasitación en el último año | Prácticas clave 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 | Remitir a | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DEL LICOR | DEL CIGARRILLO | DEL SPA | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 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

Version 13.
30042024

## 13. ADULTEZ 29 A 59

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Asesoría promoción y prevención del adulto | Examen de seguimiento preventivo 2 años | Citología vaginal | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS | | | N. de horas de actividad física semanal | Consumo de | | | | Presión arterial en mmHg | | Perímetro abdominal | Perímetro de cadera | Inicio atención cáncer | Señales de maltrato | Ámbito de consejería 10 en el último año | Asesoría planificación familiar en el último año | Planificación familiar | Examen de testículo | Autoexamen de seno |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (Este campo se calcula solo) | | Licor | Nº cigarrillos día | SPA | Cuál | Sistólica | Diastólica | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| Mamografía | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Remitir a | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Colesterol | 4.Cáncer | 5.Otros | Diabetes | Hipertensión | Distrofia cerebral | Enfermedad renal | EPOC | 1.Cereales, tubérculos, raíces y plátanos | 2.Hortalizas y legumbres verdes | 3.Frutas | 4.Carnes, huevos, leguminosas secas y frutos secos | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Adulto | Programa Salud Bucal | Planificación familiar | Tamización visual | Citología | Ruta de promoción y mantenimiento | Observaciones |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Version 13.
30042024

## 14. VEJEZ - MAYOR A 60

| Nº | NOMBRES Y APELLIDOS | Asistencia programa personas adulto mayor | 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 cadera | Indice cintura cadera | Señales de maltrato | Asistió a orientación en el último año | Asistencia institucional en el último año | Planificación familiar | Examen de tamizaje |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | PESO (Kgs) | TALLA (Cms) | IMC (Este campo se calcula de forma automática) | | Licor | Nº Cigarrillos al día | SPA | Consejería | Sistólica | Diastólica | | | | | | | | |
| 1 | Luz Helena Silva Loaiza | Si | | no | 74 | 1.50 | | no | no | 0 | no | no | 150 | 90 | 97 | 102 | . | no | no | no | no | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Autocuidado mayor de edad | Mamografía | Antecedentes familiares | | | | | CRONICAS | | | | | Tipo de alimento consumido en la dieta diaria | | | | | | Recibe | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1.Diabetes | 2.Hipertensión | 3.Cáncer uterino | 4.Cáncer de seno | 5.Otro | Diabetes | Hipertensión | Diabetes gestacional | Enfermedad cardiovascular | EPOC | 1.Carnes, leche, huevos, cuajada y queso | 2.Harinas, cereales y tubérculos verdes | 3.Frutas | 4.Cereales, granos, leguminosas | 5.Lácteos | 6.Grasas y dulces | Programa Adulto Mayor | Programa Salud Oral | Planificación Familiar | Tamización de Visual | Citología | Ruta de atención cáncer y materno perinatal | Observaciones |
| Si | Si | no | no | no | no | no | Si | Si | no | no | no | Si | Si | Si | Si | Si | no | no | ✓ | no | ✓ | ✓ | no | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 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 | Santa Rosa. | Clle 23A 79-27. | |

| | V1 DIA | V1 MES | V1 AÑO | V2 DIA | V2 MES | V2 AÑO | V3 DIA | V3 MES | V3 AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

| V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|
| Responsable 1: Patricia Quirama Acevedo<br>Responsable 2: | Responsable 1:<br>Responsable 2: | Responsable 1:<br>Responsable 2: |

| Nombre del Jefe del Hogar: | Nombre de quién recibe la visita: | N° telefono contacto |
|---|---|---|
| Robert Solivas Castro. | Luz Helena Silva Rojas. | 3217249711. |

| VISITA No. | OBSERVACIONES |
|---|---|
| V1 | ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de concientización e identificación a 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 | Permite el ingreso a la vivienda | Usuaria permite el ingreso a la vivienda, con buena infraestructura, cuenta con todos los servicios públicos con buena disposición de basuras, con técnicas de uso cobij. | ~~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 | Dm e HTA | Usuaria con diabetes e hipertensión con tratamiento en su eps. remito a programa social, tamizaje visual, y citología | ~~A~~ M B | A M B | A M B |

| N° | HALLAZGO | ACTIVIDAD | V1 | V2 | V3 |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 3 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 4 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 5 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 6 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 7 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 8 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 9 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |
| 10 | | | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B | A<br>M<br>B |

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

| | DEMANDA INDUCIDA Y EDUCACIÒN EN SALUD | Código: | FOR-0003-011 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 1 |

**Consulta Externa**

TEMA: Realizar Caracterizacion social y ambiental en los entornos de vida cotidiana Cie 10 Z515 en el Entorno laboral.

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Patricia Quintero Acevedo

EPSS: ANSPP.

MES: Agosto

LUGAR: La Flora 2.

| DÍA | NOMBRE Y APELLIDO | SEXO | | IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO | PROGRAMA PROTECCIÓN ESPECIFICA, DEMANDA INDUCIDA | | | | | | | | | | | | | | FIRMA | CUMPLIÓ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Masculino | Femenino | | | Vacunas | Crecimiento y Desarrollo | Atención al Joven | Embarazadas | Adulto Mayor a 45 años | Planificación | Salud Oral | Citologías | Salud Visual | Puerperio | Recien Nacido | Crónicos | Autoexámen de Seno | Mamografía | | SI | NO |
| 82 16 | Luz Elena Silva | | x | 42063899 | | | | | | | | / | ✓ | ✓ | | | | | | | | |
| 83 16 | Ruben Flores Tobon (Natural Quintero N.) | x | ✓ | 25262642 45822895 | 3207057558 | | | | | ✓ | | / | | ✓ | | | | | | Ruben F. | | |
| 84 16 | Oneira Quintero | | x | 25158321 | 3104558905 | | | | | ✓ | | / | | ✓ | | | | | | Oneira Cat. | | |
| 85 16 | Maria Alicia Montoya | | x | 41457796 | 3226639677 | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | M. Alicia M. | | |
| 86 16 | Nubia Moreno M | | x | | 3148626049 | | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | NUVIA M | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| DÍA | NOMBRE Y APELLIDO | SEXO | | IDENTIFICACIÓN | TELÉFONO | PROGRAMA PROTECCIÓN ESPECÍFICA, DEMANDA INDUCIDA | | | | | | | | | | | | | | FIRMA | CUMPLIÓ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Masculino | Femenino | | | Vacunas | Crecimiento y Desarrollo | Atención al Joven | Embarazadas | Adulto Mayor a 45 años | Planificación | Salud Oral | Citologías | Salud Visual | Puerperio | Recien Nacido | Crónicos | Autoexámen de Seno | Mamografía | | SI | NO |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 306-2025

| Código: | FOR-0063-003 |
|---|---|
| Versión: | 2 |

| AÑO | ESTRATEGIA O PROGRAMA | TEMA | PROFESIONAL RESPONSABLE | TIPO ACTIVIDAD |
|---|---|---|---|---|
| 2025 | APS de caracterización social y ambiental para identificar factores de riesgo y establecer planes integrales de cuidado y promoción de salud mental | ...r. social y ambiental en los entornos de vida ...s en el entorno laboral. | Patricia Quirama Acevedo | Comunitario |

| | APELLIDOS | DOCUMENTO IDENTIDAD | | S.G.S.S.S. | | ZONA | | | POB. | DIRECCION | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | NUMERO | REG | EPS | U/R | C/C | B/V | | | |
| | Silva Zaira | CC | 42063899 | C | SOS | U | C | B | NA | Cl 23A 9-37 | Zaira Silva |
| lo | Morales Florez Tobon | CC | 25462642 4582295 | C | SOS | U | C | B | NA | Flora2 M 3A 19 P1 | Noberto Quintero Ruben Florez |
| | Quintero Morales | CC | 25958821 | S | NEP | U | C | B | NA | Flora2 Mz 3A 19 p2 | Quintero |
| | Montoya | CC | 41457796 | S | AS | U | C | B | NA | Flora2 M3 C 13 | M Oliva M. |
| M | Moreno | CC | | S | AS | U | C | B | NA | Flora1 Cl 22 #9A 04 | M C V i a M |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

| No. | NOMBRE MAMÁ | NOMBRE PAPÀ | FECHA NACIMIENTO | TELEFONOS | OBSERV |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | 21-4-1958 | 3217249711 | 67 años |
| 2 | | | 8-3-68. | 3207057513. | 57 años |
| 3 | | | 8-8-63. | 3104558905 | 62 años |
| 4 | | | 23-12-45 | 3226639 77. | 79 años |
| 5 | | | 29-6-1973 | 314.8626049. | 52 años |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |