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 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, raices, 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

10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Cenes prácticas para 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 calcula de sistema	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raices, tuberculos y platano	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	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 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 CyD	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a				
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														CyD	Programa 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

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 es calculado 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, raíces, 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
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa de control del adulto	Examen de orina con proteinuria en los 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este dentro de un año)	N. de horas de actividad semanal	Consumo de: Licor	Nº Cigarrillos/día Al día	SPA	Consulta x planificación	Presión arterial en mmHg: Sistólica	Diastólica	Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Indice cintura cadera	Síntomas de menopausia	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia psicológica en el último año	Planificando en consulta	Observaciones
1	Deida Cardona	SI	—	NO	63	1.35	—	4	NO	NO	NO	NO	140	80	89.	103.		NO	SI	SI	—	NO

Asistencia a cita de control	Mamografía	Antecedentes familiares: 1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cardiopatía	4.Cáncer	5.Otro	CRONICAS: Diabetes	Hipertensión	Displidemia	Enfermedad pulmonar crónica	EPOC	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 1.Carnes rojas, pescado, huevos y lácteos	2.Harinas, cereales y tubérculos	3.Frutas	4.Carnes magras, huevos, lácteos descremados	5.Lácteos	6.Cereales y azúcares	Remite a: Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de proceso sobre el resultado	Observaciones
NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SD	

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a consulta de crecimiento y desarrollo	Gestión de programas institucionales y otros	Etnia y vigencia	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (Kgs)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: TALLA (Cms)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: IMC (Solo campo de calculo automático)	No. de horas de actividad física semanal	Consumo de: Licor	Consumo de: Nº Cigarrillos día	Consumo de: SPA	Consumo de: Consulta x otro motivo	Prueba de tamizaje en salud mental: Resultado	Prueba de tamizaje en salud mental: Diagnóstico	Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Inicio de lactancia materna	Duración de lactancia	Asesoría en consejería en lactancia materna	Asesoría en consejería en lactancia materna en el último año	Planificación en el último año	Examen de tamizaje	Autocuidado y estilo de vida

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

Numero de	Antecedentes familiares: 1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer	4.Asma	5.Otro	CRONICAS: Diabetes	Hipertensión	Epilepsia	Enfermedad mental	EPOC	Tipo de alimento consumido ayer: 1.Leche (en polvo, entera, deslactosada) y productos lácteos	2.Huevos 3.Carnes (res, cerdo, pollo, pescado)	3.Frutas	4.Cereales (arroz, pasta, harinas, tubérculos, plátano)	5.Leguminosas	6.Grasas y azúcares	Realiza: Prueba de Agudeza Visual	Prueba de Salud Bucal	Examen físico Genital Femenino	Tamizaje de Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observación

FICHA FAMILIAR ATENCIÓN 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.	Villa. Paraiso	Clle 23A # 8-10	

V1 DIA	V1 MES	V1 AÑO	V2	V2 DIA	V2 MES	V2 AÑO	V3	V3 DIA	V3 MES	V3 AÑO

Responsable 1: / Responsable 2:	Responsable 1: / Responsable 2:	Responsable 1: / Responsable 2:
Patricia Quintana Acevedo.		

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
		3215864226

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Realizar visita de caracterización e identificación en general a la familia.
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 vivienda.	Usuaria no permite el ingreso a la vivienda, refiere tener todos los servicios públicos, Recolección de basuras. Se observa buen estado físico exterior	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 Hipertensa, remito a salud Bucal - y tamizaje visual. Realizo Educación sobre hábitos saludables	A M B	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

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.	Urbana	IV	villa fanny	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Fanny Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.86327	LONGITUD	-75.42768.
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 78	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	14-08-2025.				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2.				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Villa fanny cll 23 c. # 8-10
TELEFONO	313 7380912.
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA								14				
AÑO								2025				

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

10

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)
Nancy	Coromoto	Revilla.		F.	50	

FICHA FAMILIAR ATENCIÓN 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/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	6749425	Arturo	Rafael.	Castillo	Revilla	M	25-2003	22		.	1	2	si	06	1	0	NO	S	NSP	N/A	si	N	0	NO	N/A	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 la calle 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 EN SALUD
Secretaría de Salud del 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 6

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? S/NO NO
CIELO RASO ADECUADO? S/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 S/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 NO — Nombre de la actividad

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

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA
- Consume medicamentos bajo fórmula médica S/NO SI
- Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad S/NO SI
- ¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? S/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.	-	-	-	-	NO		NO
GATOS									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 aseá 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	Arturo R. Castillo	NO	NO	5	NO	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 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
Arturo R. Castillo	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	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. 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

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 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 múltiple	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	I.M.C. (Este centro es calculado automáticamente al digitar el cuadro)	Tensión arterial	Movimientos fetales

Tipo de sangre	ANTECEDENTES OBSTETRICOS									Antecedente embarazo anterior (último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Riesgo biológico	Intervalo intergenésico	Historia Gestacional					Abortos	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			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 (semejante a líquido amniótico)	Disminución de movimientos fetales (después de que los empieza a sentir)	Sensación de ardor o picor, dolor en la parte alta 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

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 dia	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 guarderia o escuela?	Consulta odontologica 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 capillotis 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 SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos, plátanos	2.Hortalizas y legumbres 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 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 (Kg)	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 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 o automát										Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra
1	Arturo L Ortiz	NO	94.7	1.85		NO	—	—	—	NO	SI	—	NO	12.	NO	NO.0	NO	SI

1. Si 2.No 3.No aplica

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

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

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

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria 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, raíces, tubérculos y plátano	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Sexual	Planificación Familiar	Citología	Observaciones
RO/PO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

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

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa control crecimiento y desarrollo	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	Índice cintura cadera	Barrias de residencia	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia odontológica en el último año	Fluorización en consultorio	Observaciones
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Resultado cálculo automático)		Licor	Nº Cigarrillos día	SPA	Cuantos cilindros	Sistólica	Diastólica								

Antecedentes familiares	Monitoreo	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Auxiliar						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cardiopatía	4.Cáncer	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Cardiopatía	Enfermedad renal	EPOC	1.Carnes, huevos, lácteos y derivados	2.Harinas y tubérculos y verduras	3.Frutas	4.Comida rápida, bebidas azucaradas	5.Licor	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Oral	Plan familiar gestión	Tamizaje Visualidad	Citología	Tamizaje enfermedades infecciosas	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a consulta de crecimiento y desarrollo	Gestante en programa de control prenatal	Gestante vigente	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (KGS)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: TALLA (CMS)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: IMC (Solo cuando se cumplan los 20 años)	N. de horas de actividad física semanal	Consumo de: Licor	Consumo de: N° Cigarrillos al día	Consumo de: SPA	Consumo de: Comida chatarra	Presión arterial en mmHg: Sistólica	Presión arterial en mmHg: Diastólica	Perímetro abdominal	Perímetro de pantorrilla	Lectura citología cérvico uterina	Sintomático de mama	Asiste al autoexamen de seno 1 vez al mes	Asistencia consulta de Tamizaje en el último año	Prioridades en familias	Examen de tamizaje	Autocuidado y deterioro

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

Identificación	Antecedentes familiares: 1.Cardiopatía	2.Hipertensión	3.Cáncer	4.Diabetes	5.Otro	CRONICAS: Diabetes	Hipertensión	Diabetes gestacional	Enfermedad renal	EPOC	Tipo de alimento consumido toda la vida: 1.Carnes (res, cerdo, cordero, pollo, pescado)	Frutas y jugos naturales verduras	3.Fritos	4.Gaseosas, bebidas azucaradas, jugos empacados	5.Lácteos	Grasas (aceite, mantequilla, margarina)	Remite: Programa de Adulto	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observación

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	Villa Fanny	Cle 23C-78-10	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	18	07	2025	V2				V3			
Responsable 1:	Patricia Quirama 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
Nancy Coronado - Revilla	Arturo Rafael - Castillo - Revilla	3137300912

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Realizar visita de caracterizacion e identificacion en general a la familia en el entorno hogar
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	Usuario (a) Permite el Ingreso a la Vivienda.	Usuario permite el ingreso a la vivienda refiere: cuenta con todos los servicios públicos, con bueno disposicion de basuras, se da cts. medida general.	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	Usuario aparentemente sano, con adecuada locacion de miembros sup e inf. buena marcha, reacio a cambio general y progresivo del adulto.	A ✓ M B	A M B	A M B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B
5			A M B	A M B	A M B
6			A M B	A M B	A M B
7			A M B	A M B	A M B
8			A M B	A M B	A M B
9			A M B	A M B	A M B
10			A M B	A M B	A M B

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

1. IDENTIFICACION

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Santa Rosa.	Urbana	10.	Guayacanes	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quintero Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.896320	LONGITUD	-75.483676
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 77	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	14-7-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2.				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Clle 24 # 9-17 2 pos
TELEFONO	312 827 8114
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA								14				
AÑO								2025				

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

9

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)
Blanca	Cecilia	García	Corrales	F	64 años	
Diego	Alejandro	Gutierrez	Garcia	M.	22 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 SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
1 CC	1592834	Carlos	Alberto	Gutierrez	Cardona	M	6-3-61	64	3	2	1	2	SI	6	6	0	SI	C	Sanitas	NA	NO	NO	0	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 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. 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 Transito
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

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

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 SI
- 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 SÓLIDOS)
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 ✓
- Pólvora
- 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							NO	NO
GATOS	2	1	3	3	2	1		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 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 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	Carlos A. Gutierrez	NO	NO	NO	NO	NO	3	NO	Sí	
2										
3										
4										
5										
6										

RUTA 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
Carlos A. Gutierrez	NO	NO	SI	SI	NS!	SI	NO	SI	SI	NO	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. 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

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 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 automáticamente cuando el cuadre 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 se las toma?	Síntomas de alarma					Presencia de síntomas de alarma	Remitir a						
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de líquido vaginal (sangrado o líquido amniótico)	Disminución de movimientos fetales (después de que los empieza a sentir)	Sensación de fiebre o 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 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 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 claves AIEPI	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 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

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 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. Deporta 4. Trabaja 5. Nada

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria El.(1-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raices, 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			Señals de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vagina l	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	Disiplidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumbres secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Sexual	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

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Antecedentes familiares de patología del adulto mayor	Examen de próstata (hombres mayores de 2 años)	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Servicios de transporte	Asesoría al cuidador en el último año	Asesoría (individual o familiar) en el último año	Plan de intervención individual	Examen de sangre oculta
					Peso (Kg)	Talla (Cms)	IMC (Especifique en cada sesión)		Licor	N° Cigarrillos/día	Sustancias psicoactivas	Cannabis	Sistólica	Diastólica								
1	Carlos A. Gutiérrez	NO	NO	—	82	165		0	NO	6	NO	NO	120	80	104	102		NO	SI	NO	NO	NO

Autocuidado en el adulto mayor	Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer mama	4.Cáncer próstata	5.Cáncer colon	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad renal crónica	EPOC	1.Carnes rojas, pescado, huevos y vísceras	2.Leche entera, deslactosada y derivados	3.Frutas	4.Cereales, tubérculos, leguminosas y plátanos	5.Lácteos descremados	6.Carnes magras y aceites	Programa Vida Saludable Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Programa Atención Familia	Terapias de Vitalidad	Círculo vida	Ruta de la gestante y programa de intervenciones individuales	Observaciones
1	1	88	2	1	1	2	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	1	SI	2	2	

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 protección específica del evento	Examen de próstata en hombres mayores de 40 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (KGS)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: TALLA (CMS)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: IMC (Bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad)	N°. de horas de actividad física semanal	Consumo de: Licor	Consumo de: N°. Cigarrillos día	Consumo de: SPA	Consumo de: Consulta y tratamiento	Perdida auditiva en mayores de 60 años: Auditivo	Perdida auditiva en mayores de 60 años: Visual	Perímetro abdominal	Perímetro cervical	Ingesta dietaria diaria	Sondaje de materno	Asesoría de odontología en el último año	Asesoría de nutrición en el último año	Planificación primera vez	Examen de visiometría	Autocuidado de la salud

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

Numero	Antecedentes familiares: 1.Diabetes	2.Hipertension	3.Cancer	4.Otros	5.Otro	CRONICAS: Diabetes	Hipertension	Obesidad	Enfermedad renal	EPOC	Tipo de alimento consumido ayer: 1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Huevos, leche, carnes y derivados	3.Frutas	4.Aceites, mantequilla, margarina	5.Azucar	Sopas y/o caldos	Brasiliq: Persona que Aplica	Persona vacunada	Planificación	Tamizaje	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones

117

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B
5			A M B	A M B	A M B
6			A M B	A M B	A M B
7			A M B	A M B	A M B
8			A M B	A M B	A M B
9			A M B	A M B	A M B
10			A M B	A M B	A M B

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

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	Guayacanes	Cll 24 # 9-17 2do piso	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	12	07	2025	V2				V3			

Responsable 1:	Patricia Quintero Alcardo	Responsable 1:	Responsable 1:
Responsable 2:		Responsable 2:	Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Carlos Alberto Gutierrez C	Carlos Alberto Gutierrez Cardona	3128278114

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Realizar visita de caracterización e identificación en general a la familia en el entorno hogar.
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	Usuario no permite el ingreso a la vivienda	Usuario no permite el ingreso a la vivienda Refiere tener todos los servicios públicos, contar con buena disposición de basuras, se observa buena estructura física, aparentemente, cuenta con 3 mascotas Gatos.	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	Usuario, hipertenso en tratamiento en su eps. Remito a tamizaje visual. Educo en hábitos saludables. actividad física.	A M B	A M B	A M B

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

1. IDENTIFICACION

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Santa Rosa	Urbana	IV	Villa Fanny	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Chivarma Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.85371	LONGITUD	-75.32965
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 76	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	14-08-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Villa Fanny 23 C # 8-33.
TELEFONO	3652087.
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA								14				
AÑO								2025				

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

03

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría 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)
Jose	vicente.	Abreon.		M	85 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/N o				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado	Discapacidad		Desmovilizado		SI/NO	No. Meses
																						SI/ND	origen	tipo	SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	
1	cc.	2Y383456	Rosa	Mely	Aguirre	Gil.	F.	26-1-47	78		2	2	1	Si	4	4	0	NO	C	SOS	NA	SI	0	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- Oficio 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- Patológico
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
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. AMBIENTE FISICO

TIPO DE VIVIENDA
- asa o Apartamento ✓
- uarto
- tro tipo
- asa Indígena

ESTRATO
- ajo bajo
- ajo
- 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 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 NO
CIELO RASO ADECUADO? SI/NO NO

Estado del techo
- bueno ✓
- malo

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

DE DONDE SE TOMA EL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO
1. Acueducto ✓
2. Pozo con Bomba
3. Pozo sin Bomba, Jagey
4. Agua Lluvia
5. 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

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 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

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
PERROS	0						NO		NO
GATOS	0								Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	0	PORCINOS					NO
OTROS	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 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 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	Rosa Nelly Aguirre	NO	NO	NO	NO	NO	4.	NO	NO	
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	6. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
Rosa Nelly Aguirre	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI NO	NO	NO	NO	NO	

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

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

1. Ampliado de Inmunizaciones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud 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

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 psicoprofilácticos	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT acelular	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual									
								1a.	2a.			1. HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preclampsia	4.Gestación múltiple	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 al momento de 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			Porqué no los toma?	Síntomas de alarma					Presencia de síntomas de alarma	Remitir a						
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de liquido vaginal (semejando o igual a liquido amniotico)	Disminución de movimientos fetales (desde que la empieza a sentir)	Sensación de luces o ptos, 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

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

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

P	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas de promoción del anciano	Examen de próstata en los hombres 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial de medig		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Servicios de odontología	Acceso al odontólogo en el último año	Actividades planificadas en el domicilio en el último año	Planificación en familia	Examen de tamizaje
					PESO (KGS)	TALLA (Cms)	IMC (Cada consulta evaluar de acuerdo a edad)		Licor	N° Cigarrillos/día	Droga	Cantidad de dinero	Sistólica	Diastólica								
1	Rosa Nelly Aguirre Gil.	Sí	—	No	66.	1.49	.	4.	No	0	No	No	110	70	98	103		No	No	No	No	—

	Menarquia	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remite a:						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer mama	4.Cáncer útero	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Epilepsia demencia	Enfermedad mental	EPOC	1.Carnes rojas, pollo, pescado, huevo y lácteos	2.Harinas, cereales y tubérculos	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas y lácteos	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Psicología Atención Familia	Trabajo Social	Cirugía	Ruta de cuidado y manejo de hipertensión	Observaciones
9	Sí	No	No	No	No	No	94	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	Sí	No	Sí	

FICHA FAMILIAR ATENCIÓN 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.	Villa fany	23C # 8-33	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	18	07	2025	V2				V3			

Responsable 1: Patricia Quiroga 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 vicente Alarcon.	Rosa Nelly Aguirre Gil.	3652085

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Realizar visita de caracterización e identificación en general a la familia en el entorno hogar.
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, refiere tener todos los servicios públicos, con buena disposición de basuras, estufa a gas en aparente buenas condiciones	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. HTA	Usuaria con Diabetes e hipertensión, remito al programa de adulto mayor. y salud visual, educo sobre hábitos saludables.	A M B	A M B	A M B

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B
5			A M B	A M B	A M B
6			A M B	A M B	A M B
7			A M B	A M B	A M B
8			A M B	A M B	A M B
9			A M B	A M B	A M B
10			A M B	A M B	A M B

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión: