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

Version 13.
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas servicios del adulto mayor	Consumo de psicoactivos en los últimos 3 años	Clasificación vejez	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (Kgs)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: TALLA (Cms)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: IMC (Este campo solo se calcula en adultos)	N. de horas de actividad física semanal	Consumo de: Licor	Consumo de: Nº Cigarrillos/día	Consumo de: EPA	Consumo de: Consumo de drogas	Presión arterial en mmHg: Sistólica	Presión arterial en mmHg: Diastólica	Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia alimentación complementaria en adultos mayor	Plan Individual de Vejez	Examen de tamizaje
251562 BT	Mª Graciela Pabón	NO		NO	57	1.45	27.1	0	NO	0	NO	NO	130	80	99	101	098	NO	NO	NO	NO	

Autocuidado en pie arrea	Monografía	Antecedentes familiares: 1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer mama	4.Cáncer pr	5.Otro	CRONICAS: Diabetes mellitus	Hipertensión arterial	Obesidad gerontológica	Enfermedad mental	EPOC	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 1.Cereales, tubérculos y plátanos	2.Fríjol, arveja, lenteja, otras leguminosas	3.Frutas	4.Carne, huevos, leche, derivados lácteos	5.Lácteos	6.Grasas y aceites	Remite a: Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Plan Intervención Familiar	Tamizaje Visual	Crecimiento	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	✓	✓	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 TRANSITO	☐
6	CANCER	☐
7	VIH	☐
8	TUBERCULOSIS O LEPRA	☐
9	ENFERMEDAD PROFESIONAL	☐
10	ACCIDENTE LABORAL	☐
11	OTRO / CUAL	☐

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.	12 de Mayo 2.	MZ 3 C55	

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

Responsable 1: Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:
Patricia Quirama Alcaraz		

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	N° teléfono contacto:
Jhon Jairo Martinez Pabón.	María Graciela Pabón. Garcia	3105489144

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

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuaria no permite el Ingreso a la vivienda	Usuaria refiere contar con todos los Servicios públicos, buena disposición de basuras, se observa buena infraestructura externa refiere que llovo mucho IMC 27.1	(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 con antecedentes familiares de Diabetes, refiere sentirse sana. no tener enfermedades, apunto a adulto mayor, Salud bucal, tamizaje visual y 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 - Dirección Territorial del Riesgo Social

.IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

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

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quirama Alzate			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87405	LONGITUD	-75.621017
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	97	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	9-09-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	3				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	M74 C58 P1301.
TELEFONO	3214244856.
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA									1			
AÑO									2025			

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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)
Samuel		Bedoya	Salazar.	M	2.	
Jhonny	Andres	Bedoya	Ramirez.	M	40.	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

IDENTIFICACION		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER SI/NO	No. APROBADOS	OCUPACION	¿CUANTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACION		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R.	Gestante No. en meses	
Tipo	NUMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI / NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado	Discapacidad		Desarrollado		
																					SI/NO	origen	tipo	SI/NO	SI/NO	
CC	1087489884	Dafy	Milena	Bolaños	Arenas	F	3-4-71	24	1	2	3	5°	3	0	2	NO	C	NS	NA		NO	3	2	NO	NO	0

- Tipo de Documento: - Certificado de Cedula - Cedula de Extranjeria - Pasaporte - Registro Civil - Tarjeta de Identidad - No Tiene
- Unidad de Medida: 1- Dias, 2 – Meses, 3 – Años
- Nivel Educativo: 1- Primaria, 2- Secundaria, 3- Tecnico o Tecnologico, 4- Universidad, 5- Posgrado 6 - Ninguno
- Actividad Ultimo Mes: 0 – Sin Actividad, 1- Trabajando, 2- Buscando Trabajo, 3- Estudiando, 4- Oficios en el Hogar, 5- Rentista, 6- Jubilado, 7- Invalido
- Tipo de Vivienda: 1- Solo Usada, 2- Colectiva, 3- Hotel o Alojamiento, 4- Particular, 5- Ninguna Especial
- ETNIAS: 0- No Aplica, 1- Indigena, 2- ROM(GITANO), 3- Raizal (Archipielago San Andres y Providencia), 4- Palenquero de san Basilio, 5- Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente
- Por esta enfermedad, accidente o incidente tiene alguna de las siguientes condiciones de Forma permanente: 1- Ceguera Total, 2- Sordera Total, 3- Mudez, 4- Dificultad para moverse o caminar por el mismo, 5- Dificultad para bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo, 6- Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañia, 7- Dificultad para aprender o entender
- Tipo de Discapacidad: 1- Psicologica, 2- Accidente Laboral, 3- Accidente de Transito, 4- Enfermedad Profesional, 5- Visceral, 6- Desconocido
- Ha recibido o programado de rehabilitacion de presento esta discapacidad: 1 – SI, 2 – No, 3 – No aplica

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

TIPO DE VIVIENDA	
1.Casa o Apartamento	✓
2.Cuarto	
3.Otro tipo	
4.Casa Indígena	

TENENCIA	
1. Arriando	✓
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.Río, quebrada, manantial, nacimiento	
6.Pila Publica	
7.Carro tanque	
8.Aguatero	
9.Donación	

ESTRATO	
1.Bajo bajo	
2.Bajo	
3.Medio bajo	✓
4.Medio	
5.Medio Alto	
6.Alto	

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

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

AGUA CASERA	
1.Sin tratamiento	
2.Clorada	✓
3.Filtrada	
4.Hervida	
5.Clarificación	
6.Ozono	

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	SI
CIELO RASO ADECUADO?	
SI/NO	SI
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	
1. Presencia humo de leña	NO
2. Cocina aislada de los dormitorios	SI
3. Cocina aislada del sanitario	SI
4. Tiene nevera	SI
5. Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas	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 río, 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	
Pólvora		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

Sistema - rápido

. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas
ROS							NO
TOS	1	1	0	1	1	1	
INOS	0	AVES	0	PORCINOS	0		
IOS		CUALES:					

Huella, rastro o señales de roedore
SIINO
NO
Caracol africano SIINO
NO

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguien peleara de la casa los dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, o que le besen en la boca o tocan sus partes intimas? (SI, NO, N/A)	Algunas personas de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se ríen 3. Llora mucho 4. No come 5. Duerme más de lo normal 6. Está muy enojado 7. Está exageradamente feliz	Algunas personas de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que ya no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De el momento a otra grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Algunas personas de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son sobregos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Algunas personas de la casa: 1. Le que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o cuestiona poco 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 disminuida sin razón 2. Toma mucho licor o otras drogas en poco tiempo 3. Abandono de actividades por estar permanentemo licor o otras drogas 4. se gasta la plata en otras cosas en licor o otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Requiere intervención psicológica	Observaciones
1	Dopy M. Salazar.	NO	NO	5	NO	0	0	3	Si	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Una vecina consolidada por parte de sus vecinos	Considera que el último mes buscar atención médica. SI / NO	Considera que el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Considera que el último mes buscar atención psicológica. SI / NO	Ha sentido a su vecindario violento en el último mes. SI / NO	Ha sentido a vecindario violento en el último mes. SI / NO	Participa en grupos o organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Centro comunal	3. Iglesia	4. Salón de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad Física	3. Grupos	4. Madres	5. Grupos	6. Jóvenes	7. Otro	Cual
1	Dafy Al-Solozor.	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a red de apoyo social de la Secretaria 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 Rural.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Crónicas.
8. CLS 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

Version 13.
30042024

3. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asistencia control prenatal	Riesgo del embarazo	Asistencia a consulta preconcepcional	Consejería anticonceptiva	Toxoide Tetánico		Antecedentes	ZIKV resultado	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a	2a			1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preeclampsia	4.Hospitalización en UCI	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable de parto	Semanas de gestación	Peso inicial (Kgs)	Peso actual (Kgs)	Talla (cms)	IMC/C (Edad gestacional en semanas de acuerdo a circunferencia abdominal)	Tamizaje mental	Vacunación vs Tetanos

Tipo de aborto	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Antecedentes de mas interés (Diferentes a los anteriores)									Exámenes de laboratorio				
	Riesgo ginecológico	Antecedentes ginecológicos	Historia Obstetrica						Estado actual de los hijos		Cirugías ginecológicas	Hipertensión arterial	Hemorragias	Hospitalización en UCI por complicaciones	Convulsiones fuera	Alergias medicas	ACLOVA	Fecha último DIPO	Tipo parto	Resultado	PTAN-RS	VIH	Hepatitis B	Cito papanicolaou
			No. de partos/hijos	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Método			Uso actual método?	Efectos de uso					Presencia de anomalías uterinas	Ejercicio						
	Acceso Físico	Costo		Sangrado vaginal irregular (manchado o sangrado entre periodos)	Disminución de menstruaciones (ausencia de periodos) o sangrado abundante	Síntomas físicos (dolor de cabeza, aumento de peso)	Mal humor (ansiedad) en la toma o Rechazo exagerado de los días	Desconocimiento anticonceptivo		Control Prenatal	Curso Psicoprofiláctico	Salud Bucal	Vacunación	Citología	Ecografía	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				Signos Indicativos de posible ITA y EDA en los últimos 15 días	Presencia de enfermedad	Control de CyD	Número de vacunas que tiene la niña de acuerdo a su edad	Cuidado niños y niñas
		Exclusiva	Infinita	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

0. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consulta prioritaria (Dias APS)	N. de tamizajes realizados (Dias acumulados)	Consulta oftalmológica ordenada o tomada	Has vacunación al día	Uso pastillero	Aplicación de flúor barniz realizada	Consulta de salud oral realizada	Presencia de sarro/caries	Nº Consultas al día	Tipo de alimento consumido en la ultima semana (1,2,3,4,5)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Kg/m2) Campo se calcula de manera automática	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTATIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL Y SOCIOEMOCIONAL										1.Carne res, cerdo, cabra y pollo	2.Huevo, leche y derivados	3.Frutas	4.Cereales, tuberculos y platanos	5.Leguminosas	6.Otros alimentos

EXPERIMENTACION			Participación en organización comunitaria o social	Consumió cigarrillo por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Pruebas de tamizaje tomadas en el último año	Controles de crecimiento y desarrollo	Presencia de tratamiento ortodóncico	Acompañamiento a padres en prácticas de crianza	Control de caries	Recibe Zinc en la IPS	Recibe vitamina A en la IPS	Recibe Quimioterapia en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remite a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL BASUCO														CyD	Programa salud mental	Cirugía / Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca				1.Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar infantil o comparten 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

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(si no)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje (desde los 12 y hasta 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 de del barrio o la escuela	Cuidador del joven	Presencia de maltrato	Acompañamiento padres en actividades de tipo recreativo	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Dato siempre es calculado no externo)													

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

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

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

1.Juega 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 (1,2,3,4,5,6)						Remite a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres color verde	3.Frutas	4.Carne, huevos leguminosas secas y vísceras	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Servicios de métodos	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control adolescente en el último año	Joven asesor de pares	Examen de testículo	N. cachimbas diarias/días/ Vaso semanal	CONSUME			
			Peso (Kg/s)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula automáticamente)										Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Consulta cisterna

1. SI 2.No 3.No aplica

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

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

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

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria (SI/NO)						Bonificación				
	1.Cáncer	2.Hipertensión	3.Diabetes tipo II	4.Obesidad	5.Otros	Obesidad	Hipertensión arterial	Diabetes mellitus	Enfermedad renal crónica	EPOC	Asma	1.Consumo de frutas, hortalizas y/o verduras a diario	2.Consumo de leche, lácteos y derivados a diario	3.Consumo de carnes, huevos, legumbres secas y/o frutos secos a diario	4.Consumo de pescado a diario	5.Consumo de pan, cereales, arroz, pasta y/o patatas a diario	6.Consumo de aceite de oliva a diario	Programa crecimiento y desarrollo	Programa salud bucal	Programa salud visual	Citología	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistencia programa control adulto	Control de crecimiento y desarrollo	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de dosis vacunación tetánico	Glucosa				Presión arterial sistólica		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Índice de masa	Asistio al autocuidado o de género	Asistencia psicosocial	Diligenciado en Historia	Consumo de tabaquismo	Autocuidado
					PESO (Kgs)	TALLA (CMS)	IMC (Kg/m2)		Ayuno	2h Glucosa	HbA1c	Colesterol total	Sistólica	Diastólica									
08148	[illegible]	NO	—	SI	84	1.62	42	0	NO	0	NO	NO	143	100	89	96	0.92	NO	NO	NO	SI	—	SI

Periodicidad

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

Antecedentes familiares					CRIBADO					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Rutina						
1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cardiovascular	4.Cáncer	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Cáncer	Enfermedad mental	Otros	1.Carnes rojas, huevos, lácteos enteros y grasas	2.Frutas y legumbres, verduras	3.Azucares	4.Comidas rápidas, bebidas azucaradas	5.Licor	6.Otros	Rutina Actividad	Rutina Dieta	Plan de vacunación	Tamizaje visual	Citología	Ruta preventiva Oral y manejo higiénico	Observ
NO	SI	SI	NO	SQ	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	AD	SI	

FICHA [illegible] ATENCION PRIMARIA EN S[illegible]D
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Autoriza la participación en el estudio	Consent de padres o tutores si aplica	Cronogra vagina s	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de brazos evaluación nutricional	Consumo de				Percepción actividad vs IMC		Peri-abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Estado de nutrición	Aspecto ve autocuidado en el adulto mayor	Autocuidado percibido en el adulto mayor	Oportunidad de Mejora	Observaciones de Tamizaje
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Mark cuando no se tomaron)		Lácteos	Frutas Cítricas Enteras día	Agua	Comida chatarra	Satisfacción	Dificultades								

Autocuidado o de cuerdo	Nacionalidad	Determinantes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Familia						
		1.Dolor	2.Hipertensión	3.Cefalea	4.Alergias	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Carnes rojas, salsas y cerdo	2.Carnes blancas, legumbres y huevos	3.Frutas	4.Cereales, tubérculos y leguminosas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Proceso Adulto Mayor	Proceso Salud Mental	Proceso Familia	Tamizaje de Violencia	Crónicos	Riesgo de proceso adulto y cuidador	Observaciones

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

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

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Santa Rosa.	La Flora.	M74 CS B piso1	

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

Responsable 1: Patricia Quirama Acevedo
Responsable 2:
Responsable 1:
Responsable 2:
Responsable 1:
Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	N° teléfono contacto:
Jhonny Andres Bedoya.	Dafy Milena Salazar.	3214244396

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

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	no permite el ingreso a la vivienda	Usuaria. no permite el ingreso a la vivienda, se observa. infraestructura. exterior en buenas condiciones, refiere contar con todos los servicios públicos con buena disposición de basura. Tem 42.	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 Dislipidemia	Usuaria con antecedentes familiares de DM e HTA. y co. con patologías de. HTA y dislipidemia en control. Remito al programa del Adulto, salud bucal; pausas visuales educ sobre hábitos de vida saludable.	A / M / B	A / M / B	A / M / B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

(4)

.IDENTIFICACION

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

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quintana Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.97405	LONGITUD	-75621017
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	6 Mz D	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	1-9-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	4				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	La flora 2 Mz 3 Casa 41 segundo piso
TELEFONO	3245472338.
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS												
MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA									1.			
AÑO									2025			

VISITA DE SEGUIMIENTO		
OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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)
María	Alejandra	Hurtado	García	F	27 años	
Dilan		Flórez	Hurtado	M	12 años	
Tatiana		Correa	Hurtado	F	1 año	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

IDENTIFICACION		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. de meses	
Tipo	NUMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI / NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desviada do SI/NO	Discapacidad origen	Desarrollo tipo	Desarrollo zado SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. meses
CC	25163674	Luz	Marina	Hurtado	Garcia	F	25-08-68	68	3	2	1	1	SI	5	0	1año	NO	1	Nep	10	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Tipo de Documento
- Cedula de Ciudadania
- Cedula de Extranjeria
- Pasaporte
- Registro Civil
- Tarjeta de Identidad
- No Tiene

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

Nivel Educativo
1- Ninguno
2- Preescolar
3- Primaria
4- Secundaria
5- Tecnico o Tecnologico
6- Universidad
9- Preguntar 0 – Ninguno

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

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

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

Por enfermedad, accidente o malformación 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 compañia
7- Dificultad para aprender o entender

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

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

TIPO DE VIVIENDA	
1.Casa o Apartamento	X
1.Cuarto	
1.Otro tipo	
1.Casa Indigena	

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

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

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

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

ESTRATO	
1.Bajo bajo	
1.Bajo	
1.Medio bajo	X
1.Medio	
1.Medio Alto	
1.Alto	

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

LOCACION SANITARIO	
1.Dentro	
2.Fuera	X
3.No Aplica	

AGUA CASERA	
1.Sin tratamiento	
1.Cloreda	X
1.Filtrada	
1.Hervida	
1.Clarificación	
1.Asoleó	

RESERVORIOS DE AGUA	
1. Cuantos	
2. Positivos	
3. Tanque bajo	X
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	X
3. Madera burda, Madera en mal estado, Esterilla	
4. Tierra o Arena	
5. Esterilla	
6. Otro	
Estado del piso	
bueno	X
malo	

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

MATERIAL PREDOMINANTE EN LAS PAREDES	
1. Bloque, Ladrillo, Madera	X
2. Tapia pisada, adobe	
3. Bahareque	
4. Material prefabricado	
5. Madera burda, Tabla, Tablón	
6. Guadua, Caña, Esterilla, Otro vegetal	
7 .Zinc, tela, Cartón, Latas, Deshechos, Plásticos	
8. Sin Paredes	
Grietas en paredes SI/NO	NO

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

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

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

APROVECHAMIENTO (DE LOS RESIDUOS SOLIDOS)	
1. Lombricultivo	
2.Abono	
3.Reciclados	NO
Separado de la Fuente	

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

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

ALMACENAMIENTO DE QUIMICOS EN LA VIVIENDA			
Detergente	X	Gasolina o inflamable	
Pólvora		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

. 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
ROS	0	0	0	0	0	0	NO		NO
'OS									Caracol africano SINO
INOS	0	AVES	0	PORCINOS	0		NO		NO
IOS		CUALES:							

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa le dice que es tonta, para nada, que todo lo queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa castiga a otra a tener relaciones sexuales, o que le besan en la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por verlos decir: 1. Se siente triste 2. No se ama 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Grita muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por verlos decir: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de las otras 5. Come más de lo normal 6. Se un momento a otro grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que las otras son amenaza 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 repetidos 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 en otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene peleas 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Requiere intervención psicológica	Observaciones
1	Luz Marina Hurtado	NO	NO	4	2	NO	NO	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

N	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 adecuado de los parques por parte de los niños	Consultó en el último año buscar atención médica. SI / NO	Consultó en el último año buscar atención odontológica. SI / NO	Consultó en el último año buscar atención psicológica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último año. SI / NO	Ha asistido a consulta odontológica en el último año. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Escuela nocturna	3. Iglesia	4. Sitio de esparcimiento									1. Ninguna mayor	2. Acción Comunal	3. Grupos	4. Recreativa	5. Ecológica	6. Juvenil	7. Otra	Cual
1	Luz Marina Hurtado	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a alg nod de apoyo social de la Secretaria de Salud		Otro ¿Cual?	Pertenece al programa

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

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

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción.
3. Juntas de Acción Comunal.
4. Idiotia Paralisis.
5. Ninguno

Version 13.
30042024

3. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asistencia Controles prenatales	No. de controles	Asistencia controles prenatales por odontología	Consejería anticonceptiva	Tamizaje Tiroideo		Infecciosa	CIFF tamizaje	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1er.	2do.			1.HTA Familiar	2.Diabetes	3.Preeclampsia	4.Obesidad Mórbida	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso actual (Kgs)	Talla (cms)	Talla (cms)	EMAG (Ofrecer consejería anticonceptiva posparto inmediato)	Tamizaje cervical	Vacunación antetanos

Tipo de aborto	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Antecedentes embarazo anterior (último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Trabajo de parto	Complicaciones	Historia Obstetrica						Estado actual de los hijos		Complicaciones gestacionales	Hipertensión gestacional	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Anestesia raquidea	Muerte neonatal	Rh (-)	Cuales vitaminas	Tipo parto	Serología	VIH (ELISA)	Hb	Hto	Toxoplasmosis IgG
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Micronutrientes			Plan de parto institucional?	Barreras de acceso					Preferencia de atención de parto	Familia						
Hierro	Acido fólico	Calcio		Barreras de tipo administrativo (agendamiento, oportunidad, autorizaciones)	Barreras de tipo de acceso (distancia, tiempo de desplazamiento, condiciones geográficas)	Barreras de tipo económico (costo de transporte, alimentación)	Barreras de tipo cultural (creencias, imaginarios)	Otras barreras identificadas		Controles Prenatales	Control Puerperio/Crecimiento	Salud Bucal	Vacunación	Consejería	Hospitalización	Observaciones

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA GTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Egresos hospitalarios por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Cuidador de 0 y 5	Número de veces que limpia la taza de su bebe al día	Cuidado adultos y niños
		Gestacional	Infancia	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

0. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consulta prioritaria por AIEPI	Nro de consultas de nutrición asistidas	Control odontológico en los 6 meses	No. cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor cada 6 meses	Control de placa cada 6 meses	Reacción al medicamento	Nro. Consultas al día	Tipo de alimento consumido ayer (Ejj(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Determinar de acuerdo a edad)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Frutas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumbres secas y	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares

EXPERIMENTACION			Participación en organización del barrio o la escuela	Consumo hospitalario y SDA en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Practica antes de meriendas o comer	Cuidado niños y niñas	Prevención de trabajo infantil	Acompañamiento 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	Resolvio			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														C y D	Programa de salud sexual	Otro / Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comparsas 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

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI NO)

N°	HOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje vigente en 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 alcohol	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organización o vida del barrio o su entorno	Cohesión del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			peso (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Bajo peso en alcance de actores)													

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

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 E) (1-4-8)						Remite a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres de color verde	3.Fruta s	4.Carne s, huevos legumin osas secas y vísceras	5.Lácte os	6.Grasas y dulce s	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Terminal o Visual	Observaciones

2. JUVENTUD - 18 A 28

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de alerta	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 (Determinación de estado nutricional o antropométrico)										Licor	Nº Cigarrillos fuma al día	SPA	Consulta citotoxico

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

Procedencia población	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria (L/J/A/S)						Remite a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer familiar	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Depresión severa	Enfermedad mental	EPOC	Cáncer	1.Carnes rojas, vísceras y pollo	2.Huevos y legumbres varias	3.Frutas	4.Cereales, tubérculos, plátanos y derivados	5.Lácteos	6.Otros y ninguno	Programa Joven	Programa Salud Mental	Planificación familiar	Citología	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

NF	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistio a programas comunitarios del adulto	Gestacion de gestantes en los ultimos 3 años	Cronico segun criterio	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad fisica moderada semanal	Consumo de				Presion arterial en mmHg		Perimetro abdominal	Perimetro de cadera	Incluido en el programa Cuidado	Cumplio cita de control	Asistio al odontologo en el ultimo año	Asistencia a la consulta de control en el ultimo año	Inasistencia	Control en la casa	Autocuidado
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Peso/talla en cuadrado) en automat		Licor	Cigarrillo	BPA	Cantidad de alcohol	Sistolica	Diastolica									
1516356 #4	Luz Marina Montaño	NO	NO	NO	71	1,50	31.5	0	NO	NO	NO	NO	130	60	92			NO	NO	NO	NO	NO	NO

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

Anticoncepcion	Antecedentes familiares					CRONICOS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Vivienda						
	1.Cancer	2.Hipertension	3.Obesidad	4.Diabetes	5.Otro	Diabetes	Hipertension	Cardiopatia	Epilepsia mental	Epoc	1.Carnes, huevos, visceras y pescado	2.Harinas y legumbres tuberculos	3.Frutas	4.Cereales, harinas y lacteos	5.Aceite	6.Otros	Paredes Adobe	Pisos Tierra	Paredes Bahareque	Techos Zinc	Cocina	Ruta de disposicion de residuos	Observ
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas de promoción del adulto mayor	Examen de laboratorio mayores 3 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas semanales dedica actividad	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Participa organización comunitaria	Pertenece a la familia	Recibe dotación completa	Sufre maltrato	Asiste a odontología 1 vez al año	Asistencia psicológica en el último año	Psicoactivos en familia	Examen de laboratorio
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Solo cuando se mide en consulta)		Licor	Cigarrillo x día	SPA	Consulta urgencias	Sistólica	Diastólica								

Asistencia a sala de espera	Medicamentos	Intervenciones farmacológicas					CONSULTA					Tipo de alimento consumido en la última visita						Remisión						
		1.Orientación	2.Higiene bucal	3.Cefalea	4.Otras	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad renal crónica	ERC	1.Cereales, tubérculos y plátanos	2.Frutas y verduras	3.Proteínas	4.Carnes, huevos, leguminosas y nueces	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Vacunación	Citología	Salud en pronunciamientos mentales	Observaciones

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

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

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Santa Rosa.	Florez.	473 C 541 2 piso.	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	1	04	2025.	V2				V3			

Responsable 1: Familia Gimenez Acevedo
Responsable 2:
Responsable 1:
Responsable 2:
Responsable 1:
Responsable 2:

Nombre del Jefe del hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	N° telefono contacto
Mona Alejandro Hurtado Grisales.	Luz Marina Hurtado Grisales.	3245472338

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

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuaria no permite el ingreso. a la vivienda.	Usuaria. refiere contar con todos los servicios públicos, buena disposición de basuras. Refiere no comer, siente que no se puede quedar quieta. IMC. 31.5	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 sin antecedentes familiares refiere sentirse. Bien, sin enfermedades de base, Remito a salud bucal y citología, Educo en. hábitos de vida saludable.	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

3

.IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

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

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR				
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87404	LONGITUD	-75.62045
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	495	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	1-9-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Primer piso La Flora 2 M 3 Casa 41
TELEFONO	3134287090
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA									1			
AÑO									2025			

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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)
Luz	Maiina	Hurtado	Garcia	F	50 años	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No. APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL				P.P.S.D.R	Gestante No. de meses	
Tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				S/N O				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado	Discapacidad		Desarrollo viable			No. Meses
CC	25149478	Rosa	Maria	Garcia	Muñoz	F	08-16-1989	35	3	3	1	1	si	5	0	10 años	NO	S	A5	10	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

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- Rentas
6- Jubilado
7- Invalido

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

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

Por enfermedad, accidente o nacimiento tiene alguna de las siguientes condiciones de Pobre permanente
1. Ceguera total
2. Sordera Total
3. Mudez
4. Dificultad para moverse o caminar por sí mismo
5. Dificultad para hablarse, vestirse, alimentarse por sí mismo
6. Dificultad para salir de la casa sin ayuda o acompañ
7. Dificultad para aprender o entender

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

¿Ha estado en programas de rehabilitación de acuerdo a su discapacidad?
1 – Si
2 – No
3 – No aplica

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

TIPO DE VIVIENDA
1.Casa o Apartamento
2.Cuarto
3.Otro tipo
4.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.Río, quebrada, manantial, nacimiento
6.Pila Publica
7.Carro tanque
8.Aguatero
9.Donación

ESTRATO
1.Bajo bajo
2.Bajo
3.Medio bajo
4.Medio
5.Medio Alto
6.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 — 3

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

AGUA CASERA
1.Sin tratamiento
2.Cloro
3.Filtrada
4.Hervida
5.Clarificación
6.Asolar

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, Estarilla
4. Tierra o Arena
5. Estarilla
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
1. Presencia humo de leña
2. Cocina aislada de los dormitorios
3. Cocina aislada del sanitario
4. Tiene nevera
5. Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas

RESIDUOS SOLIDOS ALMACENAMIENTO
1. Bolsas Plásticas
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 río, 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
Raticida
Agroindustrial
Gasolina o inflamable
Plaguicidas
Adecuado

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

. 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
ROS	1		1	1	1	0	NO		NO
OS	1		1	1	1	0			Caracol africano SI/NO
INOS	0	AVES	0	PORCINOS	0		NO		NO
OS		CUALES:							

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa le dice que se sirves para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, NIA)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen en la boca o tocar sus partes intimas? (SI, NO, NIA)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy callado 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. Se irrumpe a otro grito 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 contagios 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 tiene pesadillas con suicidio 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 asturiosas sin razón 2. Toma mucho licor o otras drogas en poco tiempo 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor o otras drogas, pelea, insulta, tiene peleas 6. Intenta dejar de consumir licor o consumir otras drogas y no puede	Remite a intervención psicológica	Observaciones
1	Rosa M² Garcia	NO	NO	1	3	NO	NO	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

n.	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	Esta expuesto ambientalmente por parte de los otros	Consultó en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consultó en el último mes buscar atención odontológica SI / NO	Consultó en el último mes buscar atención psicológica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontológica en el último mes. SI / NO	Pertenece a grupos o organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Cancha comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. ASUNTO mujer	2. Asistida o Visita	3. Diabetic	4. Vasculare	5. Reologia	6. Jaswell	7. Otro	Cual
1	Rosa M². Garcia	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a alguna red de apoyo social de la Secretaria 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. Crónicos.
8. CLS o Secretaria.
9. TBC y Lepra
10. Seguridad Laboral
11. Zoonosis y CTV.
12. Emergencias y Desastres
13. Salud Ambiental.
14. Prestación de Servicios.
15. Hospital.
16. Otro.
17. Dirección local de Salud.

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

Version 13.
30042024

3. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual del planeado	Modificación al anterior del embarazo	Asistió control prenatal	No. de controles	Asistió a control posconcepcional	Consejería anticonceptiva	Fecha de Solicitud		Institución	DPT vacunas	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								B	A			TUBERCULOSIS	DIABETES	SIFILIS	HIPERTENSION ARTERIAL	OTROS		Posible causa probable	Cuales	Semanas de gestación	Peso anterior (kg)	Peso actual (kg)	Talla (cm)	IMC (Para comparar con el anterior, para el primero el actual)	Tratados anterior	Medicamento no formula

Tipo de aborto	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Antecedentes ginecológicos (Ultimo año)									Exámenes de laboratorio				
	Ginecológicos	Quirúrgicos	Historia Obstetrical						Estado actual de los hijos		Citologia cervicovaginal	Colposcopia	Mamografia	Ecografia ginecológica	Infecciones de transmisión sexual	Infección urinaria	PLANIFICACION	Planificación previa	Tipo de parto	Hemoglobina	Hematocrito	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis IgG
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesáreas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Medicamentos			Vive? Cuidado hoy en casa?	Síntomas de alarma					Prevención de accidentes domésticos	PAIMI						
Alimento	Nombre Medico	Cuando		Sangrado vaginal (cantidad de toallas empapadas)	Dificultad para respirar (Cansancio al hablar o caminar)	Sensación de fiebre, escalofrios, mal estado general	Disminución de movimientos fetales (Ausencia de movimientos fetales)	Dolor en el abdomen		Alimentos Prioritarios	Control Prenatal Odontologia	Salud Mental	Vacunación	Citologia	Planificación	Observaciones

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

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA GTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Ingreso hospitalario por IRA y EDA en los ultimos 6 meses	Presencia de violencia	Control de C y D	Número de veces que limpia la casa de su hogar al dia	Cuidados niños y niñas
		Gestacional	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL 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 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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Control prenatal (Antes AÑOS)	N. de controles prenatales (Antes mensual)	Control odontológico en gestantes	No. cepillados al día	Uso de seda dental	Aplicación de flúor (barniz o gel)	Consumo de jugos (Antes o mas)	Presencia de maltrato	N° Controles al año	Tipo de alimento consumido en la última semana (1,2,3,4,5)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Se calcula en el mismo momento)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION, LENGUAJE	INTERACCION SOCIAL										1.Carne, huevo, cereales, tubérculos y granos	2.Frutas y legumbres verdes	3.Lácteos	4.Comida rápida, gaseosas, mecato	5.Otros	6.Ninguno

EXPERIMENTACION			Participación en organismos del barrio o la escuela	Ingreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitado en el último año	Prácticas de riesgo durante el consumo de alimentos	Cuidados niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Accidentes o mas, padecidos en actividades del hogar	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	Remite a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														C y D	programas comunitarios	Otro / Cual	Observaciones

1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca

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

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

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

Version 13.
30042024

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual entre los 12 y hasta 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de Horas de actividad física semanal	N° Comidas al día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de cannabis sintética	Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Cuidador del joven	Presencia de maltrato	Acompañamiento en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula en automa													

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

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

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillado al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria (SI/NO)						Remitir a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Huevos, leguminosas secas y nueces	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y nueces	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Terminal o Viasel	Observaciones

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Salud oral	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	CONSUMO			
			PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula automát										Licor	N° Cigarrillos al día	BPA	Consumo sicoactivos

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

Procedencia	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la última hora (1/11-1)						Familia				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cardiopatía	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Depresión	Enfermedad mental	Epilepsia	Cáncer	1.Cereal, raíces, tubérculos y plátanos	2.Frutas y legumbres verdes	3.Leche	4.Carne, huevos, legumbres secas y vísceras	5.Azúcar	6.Grasas y aceites	Pregunta para Jornada	Pregunta para Salud Bucal	Pregunta para Psicología	Gitanismo	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	HOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a consulta de control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Etnología (según...)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consume de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Hemoglobina glicosilada	Lipidos (colesterol total)	Glicemia en ayunas	Asesoría en alimentación y nutrición en el último año	Asesoría en planificación en el último año	Presentó un tamizaje	Examen de detección	Autoconcepto
					PESO (Kg)	TALLA (Cm)	IMC (Peso sobre talla al cuadrado)		Licor	1a Cigarrillo hora vida	EPA	Consumo de alcohol	Sistólica	Diastólica									

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

Nº identificación	Antecedentes familiares					DIAGNOSTICOS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
	1.Cardiopatía isquémica	2.Artritis reumatoidea	3.Cáncer mamario	4.Diabetes mellitus	5.Otro cuál	Diabetes mellitus	Hipertensión arterial	Dislipidemia	Enfermedad renal crónica	EPOC	1.Carnes rojas, vísceras, huevos y pescados	2.Frutas, verduras y legumbres	3.Pollo	4.Cereales, harinas, tubérculos y plátanos	5.Ninguno	6.Otros cuál	Consulta de medicina general	Consulta de medicina general	Consulta de nutrición	Terapias psicológicas	Citología	Pruebas de tamizaje y examenes pertinentes	Observ

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

#	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas control del adulto	Examen de [illegible]	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Debe diligenciar el calculo automático)	N. de Inasistencias consecutivas	Consumo de: Licor	N° Cigarrillos/día	SPA	Consumo de [illegible]	Presión arterial en mmHg: Sistólica	Diastólica	Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice Cintura Cadera	Sedentarismo	Asiste al odontólogo o en el último año	Adecuada [illegible] en el último año	Periodicidad de Tamizaje	Educación en [illegible]
2574 9475	Rosa María [illegible]	NO	NO	NO	50	1.54	21	NO	NO	NO	NO	NO	120	60	70			NO	NO	NO	NO	NO

Asistencia a [illegible]	Medicamentos	Antecedentes familiares: 1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer mamario	4.Cáncer [illegible]	5.Otros	CRONICOS: Diabetes	Hipertensión	Epilepsia [illegible]	Enfermedad mental	EPOC	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 1.Carnes rojas, pollo, cerdo	2.Frutas y vegetales	3.Pescado	4.Cereales, tubérculos, leguminosas	5.Lácteos	6.Otros alimentos	Remite: Programa [illegible]	Programa [illegible]	Visita [illegible]	Tamizaje de visión	Ceguera	Remite para [illegible]	Observaciones
NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	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 TRANSITO	☐
6	CANCER	☐
7	VIH	☐
8	TUBERCULOSIS O LEPRA	☐
9	ENFERMEDAD PROFESIONAL	☐
10	ACCIDENTE LABORAL	☐
11	OTRO / CUAL	☐

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

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio:	Barrio o Vereda:	Dirección:	Fecha Aplicación Ficha
Santa Rosa.	La Flora 2.	M23 CS 41.	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	1	05	2023	V2				V3			

Responsable 1: Patricia Quintero Ramos
Responsable 2:

Responsable 1:
Responsable 2:

Responsable 1:
Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	N° telefono contacto:
Rosa María García Muñoz	Rosa María García Muñoz	3137297090

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

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuaria no permite el ingreso a la vivienda	Usuaria refiere contar con todos los servicios públicos, buena disposición de Basuras, con fenotipo de huesos. Refiere sentirse triste, y llorar mucho. IMC. 21 cm.	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 antecedentes familiares de Dm - HTA, con patologías de base de Dm - HTA en tratamiento. Requiere educación en 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 A	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 A	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

(3)

Version 13.
30042024

.IDENTIFICACION

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

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	994	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	1-9-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Flora 2 Mz 3 Casa L
TELEFONO	3148599266.
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR				
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87607	LONGITUD	-75.76017.
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA									1			
AÑO									2025			

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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)
fabio		Osorio	Bermudez	M	75 años	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

1.Jefe 2. Conyuge 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 parentes 15.No parentes 16.Servicio domestico/cuidadores 17.Parientes servicio domestico/cuidan

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD/ UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER S/N O	No AHOBADOS	OCUPACION	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			Desplazado	P.P.R.D.R	Gestante No. de meses	
Tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U								SI/NO	Tipo	EPS		Discapacidad SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desplazado SI/NO	SI/NO NA	SI/NO	No. Meses
CC	25162966	Maria	Zulay	Garcia	Bitancuit	F	03-07-1966	59	3	1	2	1	si	5	0	3000	NO	S	NEPS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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- Regimen Especial

ETNIA
0. No aplica
1. Indigena
2. ROM(GITANO)
3. Raizal (Archipiélago San Andrés, y Providencia)
4. Palenquero de san Basilio
5. Negro(a), (A.Afro), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente

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

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

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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

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

TIPO DE ALUMBRADO PRINCIPAL	
1. Electricidad	✓
2. Solar, Bioenergia, 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	
1.Bajo bajo	
2.Bajo	
3.Medio bajo	✓
4.Medio	
5.Medio Alto	
6.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	
1.Sin tratamiento	
2.Clorada	✓
3.Filtrada	
4.Hervida	
5.Clarificación	
6.Asoleo	

RESERVORIOS DE AGUA	
1. Cuentos	
2. Positivos	
3. Tanque bajo	X
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	X
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	
1. Presencia humo de leña	SI/NO
2. Cocina aislada de los dormitorios	
3. Cocina aislada del sanitario	
4. Tiene nevera	
5. Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas	

RESIDUOS SOLIDOS ALMACENAMIENTO	
1. Bolsas Plásticas	✓
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	
Pólvora		Reguicidas	
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

Version 13.
30042024

. 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
ROS	3		3	3	3	0	NO		NO
TOS									Caracol africano SI/NO
INOS	0	AVES	0	PORCINOS	0	0	NO		NO
IDS		CUALES:							

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa le dice que se sirven para nada, que todo les cuesta mas, que son inservibles? (SI, NO, NIÑA)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que le besen en la boca o tocan sus partes intimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojado 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otro grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son peligros 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. Ausencia o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o sueltimo 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, hace destrozos 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Mama Zulay Garcia	NO	NO	1-3	NO	NO	NO	NO	SI	NO
2										
3										
4										
5										
6										

Depresión estaba con psicologo ya no tiene depresion

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

No.	HOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. (SI / NO)	La relacionan con una vecina. (SI / NO)	Son agresivos comunitarios por parte de los niños	Consultó en el último año buscar atención médica. SI / NO	Consultó en el último año buscar atención odontológica. SI / NO	Consultó en el último año buscar atención psicológica. SI / NO	Ha existido consulta médica en el último año SI / NO	Ha existido consulta odontológica en el último año SI / NO	Participa en grupos o organizaciones en el barrio							
		1. PS, Centro o Puesto de Salud	2. Centro comunal	3. Iglesia	4. Sitio de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Artrítis o Flebis	3. Diabetes	4. Fundación	5. Discapacitados	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Wesley Gavina	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de Familia	Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud		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. 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. Madre Paralín.
5. Ninguno

Version 13.
30042024

I. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual gestante	Fecha probable de nacimiento del embarazo	Control prenatal oportuno	Nro. de controles	Asistencia a controles prenatales con	Consejería anticonceptiva	Tiempo de Gestación		Infección	EPS	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								Sem.	Días			HTA/ Crónicas	ECV/ IAM	Trastornos psiq.	Cáncer/ Ca. mama/ Ca. útero	Ca. Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso actual (kgs)	Peso anterior (kgs)	Talla (cms)	IMC/ Clasificación nutricional gestacional	Tamizaje cervical	Vacunación tos ferina

Tipo de aborto	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Antecedentes relevantes en el último embarazo									Examenes de laboratorio				
	Riesgo psicosocial	Antecedentes psicosociales	Historia Gestacional						Estado actual de los hijos		Diabetes gestacional	Hipertensión inducida	Hemorragias	Displasias y/o malformaciones	Sobrepeso Peso	Anemia severa	ALCOHOL	Preeclampsia/ eclampsia	Tipo sangre	Hemoglobina	PTA/LAB	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Vivienda			Por cuál vía ingresa?	Barreras de Vivienda					Personas de diferentes edades	Hombres						
Hacinamiento	Acceso Turbio	Cielo		Barrera de Ingreso (Geográficas o Vegetales, ambientales)	Barreras de Ingreso (Geográficas o Vegetales, ambientales)	Barreras de Ingreso (Geográficas o Vegetales, ambientales)	Barreras de Ingreso (Geográficas o Vegetales, ambientales)	Barreras de Ingreso (Geográficas o Vegetales, ambientales)		Control Prenatal	Curso Psicoprofilácticos	Salud Bucal	Vacunación	Citología	Planificación	Observaciones

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

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA GESTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Consecutivo C y D	Número de veces que amplia la vacuna de su edad al día	Custodia ninos 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 ultimos 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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consulta prioritaria (Menor 2 AÑOS)	Riesgo de salud mental (Salud mental)	Control crecimiento y desarrollo (Menor de 10 años)	No asistencia al día	Uso tabaco dudoso	Aplicación de flúor (Menor 6 meses)	Control de placa (Menor 6 meses)	Presencia de maloclusión	Nº Consultas al día	Tipo de alimento consumido ayer (Leche materna, agua, colada, sopa y otros)	Edad adecuada y higiene (Menor 2 años)	3.Fuente	4.Consumo huevo, legumbres, carne y/o	5.Jugo	6.Gaseosa y/o otras
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Colocar color de acuerdo a clasificación)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTATIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL															

INSTRUMENTACION			Participación en organización comunitaria del barrio o la escuela	Ingreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitado en el último año	Practica oleve lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Accidente en el trabajo 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	Remite a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL BPA														CyD	Programa de salud Bucal	Otro / Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro								1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabajo 5. Nada				

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	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 o red del barrio o la escuela	Cuidado del joven	Problemas de maltrato	Acompañamiento a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			Peso (Kgs)	TALLA (Cms)	Imc (Solo cuando se cumpla los 18 años)													

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

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

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

1. Juega 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabajo 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 (1-6-6)						Benefic a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas, nueces y mezclas	5.Lácteos	6.Cereales y dulces	Programa Adolescencia	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Salud oral	Planificación	Control de planificación en el último año	Citología vigente	Examen de mamas	Control ginecológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículos	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			Peso (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Índice masa corporal) o adecuado										Licor	N° Cigarrillos al día	CPA	Consulta urgencias

1. Si 2.No 3.No aplica

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyectable 4.DIU 5. Ritmo 6. Coitológico 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

Prevención enfermedad	Antecedentes Familiares					CRONICAS						Tipo de diabetes controlada en la dieta diaria B (144)						Resultados				
	1.Diabetes mellitus	2.Hipertensión arterial	3.Cáncer mama	4.Cáncer útero	5.Otros	1.Diabetes	2.Hipertensión arterial	3.Hipotiroidismo	4.Enfermedad mental	EPOC	Cáncer	1.Diabetes mellitus, controlada con dieta y ejercicio	2.Diabetes mellitus y hipertensión arterial controladas	3.Prurito	4.Cáncer mama, hipertensión arterial y diabetes controlados	5.Adicción	6.Otras y ¿cuáles	Peso según edad gestacional	Peso según Talla/Edad Gestacional	Plan de vida familiar y reproductiva	Citología	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

#	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas comunitarios de adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Circunfe rencia abdomi nal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Refiere dx de hipotiroi	Asiste al odontólogo o en el último año	Asiste a consulta en el último año	PSICOSOCIAL Art 19 resolución	Examen de TAMIZAJE	Autocuidado
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Clasificación según edad y sexo)		Licor	N° Cigarrillos/día	SPA	Consejo a abuelas	Sistólica	Diastólica									
5162966	[illegible] Espinosa	NO	NO	NO	74	1,46	33.8	NO	NO	NO	NO	NO	130	70	87	96	1.90	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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

Identificación	Adolescentes familiares					DROGAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Semilla						
	1.Padre con	2.Hijos/as con	3.Otros familiares	4.Otros	5.Otro	1.Licor	2.Cigarrillo	3.Drogas ilícitas	4.Fármacos (abuso)	5.PDC	1.Carnes, leche, huevos, cerdo y pollo	2.Arroz, plátano y tubérculos variados	3.Frutas	4.Jugos naturales, ingiere poco	5.Ninguno	6.Otros	Peligro Asfixia	Peligro Aves Ciclo	Planificación familiar y gestación	Vacunas al día	Citología	Riesgo psicosocial familiar y comunitario	Otro
NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas institucionales de manera	Gestante con resultado de tamizaje en los 3 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			Fx. de toxina de meningococo vacunación	Consumo de:				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Bioimpedancia muscular	Agudeza visual con corrección en ojo izquierdo	Agudeza visual con corrección en el ojo derecho	Glucometría	Glucometría en ayunas
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad)		Licor	24 Cigarrillos diarios	ADN	Consulta de alcohol	Sistólica	Diastólica								

Asistencia a citas de control	Observación	Adherencia familiar					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la última visita						Remitido a						
		1.Padre	2.Hijos	3.Cónyuge	4.Otro	5.Ninguno	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad mental	EPOC	1.Comida rápida, fritos y dulces	2.Frutas y vegetales	3.Proteína	4.Otro	5.Leche	6.Cereales y harinas	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Atención Psicológica	Trabajo Social	Cirugía	Ecografía abdominal y renal	Observaciones

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

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

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio: Santa Rosa. | Barrio o Vereda: Flora 2. | Dirección: M73 CS1 | Ficha familiar No.:

	DIA	MES	AÑO
V1	4	09	2023
V2			
V3			

Responsable 1: Patricia Quintero Rosero
Responsable 2:
Responsable 1:
Responsable 2:
Responsable 1:
Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar: Fabio Osorio Bermudez | Nombre de quien recibe la visita: Mª Zoila Gaviria Betancourth | N° teléfono contacto: 3148599266

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

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuaria. Permite. el ingreso a la Vivienda	Usuaria permite el ingreso, se observa. Infraestructura en buenas condiciones cuenta con todos los servicios públicos, buena disposición de hogares refiere vacunas actualizadas y llevan curso	✓ 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 con antecedentes familiares Dm- HTA, refiere patología de base HTA en tratamiento, remito a l programa cual. tamiza visual y audiología. Edu en hábitos saludables.	✓ A M B	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

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

(7)

.IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

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

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR				
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87505	LONGITUD	-75.6217.
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA		FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	01-9-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	4				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Flora 2 MZ 3 Casa 6.
TELEFONO	3575339.
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA									01			
AÑO									2025			

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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)
Jose	Aldemar	Marulanda	Giraldo	M	70 años	
Juan	Pablo	Marulanda	Hurtado	M.	29 años	
Gynna	Maria	Marulanda	Hurtado	F	25 años	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No. APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA AL FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. de meses	
Tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				SI/N O				SI/NO	Tipo	EPS		Discapacidad	Discapacidad	Desplazado	SI/NO NA	SI/NO	No. Meses
CC	75166062	Lucila		Hurtado	Osorio	F	10-01-68	57	3	2	2	1	Si	2	D	Jubi	NO	1	Fam	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

- Documento
- Cedula de Ciudadania
- Cedula de Extranjeria
- Pasaporte
- Registro Civil
- Tarjeta de Identidad
- No Tiene

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Tecnico o Tecnologico
4- Universidad
5- Preescolar 6- Ninguno

Actividad Ultima Mes
1 – Sin Actividad
2- Trabajando
3- Buscando Trabajo
4. Estudiando
5. Oficios del Hogar
6- Rentista
7- Jubilado
8- Incapaz

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

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

Por enfermedad, accidente o 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 compañia
7- Dificultad para aprender o entender

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

No asistido a programas de rehabilitación o de recuperación a la discapacidad
1 – Si
2 – No
3 – No aplica

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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

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

TIPO DE ALUMBRADO PRINCIPAL	
1. Electricidad	X
2. Solar, Bioenergia, Otros	
3.Gas Propano (cilindro)	
4.Kerosena, 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	
1.Bajo bajo	
2.Bajo	
3.Medio bajo	X
4.Medio	
5.Medio Alto	
6.Alto	

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

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, Ranchа	✓
4. Asbesto	
CIELO RASO?	
SINO	SN
CIELO RASO ADECUADO?	
SINO	
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 SINO	SN

AGUA CASERA	
1.Sin tratamiento	
2.Clorado	X
3.Filtrada	
4.Hervida	
5.Clarificación	
6.Aseleo	

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

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

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

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	
Pólvora		Plaguicidas	
Agroindustrial		Adecuado	

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA	
Consumo medicamentos bajo fórmula médica SINO	SI
Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad SINO	SI
¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? SINO	SI

. ANIMALES

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

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa le dice que no sirves para nada, que todo lo quede mal, que son imperdibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, o que le pasee en la boca o tocan sus partes intimas? (SI, NO, N/A)	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. Cree más de lo normal 6. Se irrita a otra gente 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. Cree más de lo normal 6. Se irrita a otra gente 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otras no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Alguna persona de la casa: 1. Le que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Ausencia 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. Tiene ánimo licor o otras drogas en poca cantidad. 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 delitos 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remite a intervención psicológica	Observaciones
1	Lucía Hurtado O.	NO	NO	NO	2.	NO	NO	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del sector				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. (1 / NO)	Se relaciona con sus vecinos. (1 / NO)	Han requerido consultorio por parte de los niños	Consultó en el último mes buscar atención médica. (1 / NO)	Consultó en el último mes buscar atención odontológica. (1 / NO)	Consultó en el último mes buscar atención psicológica. (1 / NO)	Ha asistido a consulta médica en el último año (1 / NO)	Ha asistido a consulta odontológica en el último año. (1 / NO)	Participa en grupos o organizaciones del barrio							
		1. UPS, Centro o Puesto de Salud	2. Centro comunal	3. Iglesia	4. Sitio de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Asistida d tiste	3. Deporti	4. Vecinale	5. Ecológic a	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Lucila Hurtado	NO	NO	Si	NO	Si	Si	NO	Si	NO	NO	Si	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a alguna red de apoyo social de la secretaría de Salud		Otro ¿cuál?	Pertenece al programa

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

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

1. Red Unidos
2. Familias en Acción.
3. Juntas de Acción Comunal.
4. Madre Paralín.
5. Ninguno

Version 13.
30042024

3. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asistencia control prenatal	Riesgo identificado	Asistencia control preconcepcional	Consejería odontológica	Escala de Tadeo		Influenza	DPT embarazo	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Estado nutricional								
								Si	No			Cáncer de mama	Diabetes	Hipertensión arterial	Cáncer de ovario	Ninguno		Talla materna	Peso pregestacional	Peso actual	IMC pregestacional	Peso ganado	Tamizaje cáncer cuello uterino	Tamizaje cáncer de mama	Tamizaje sífilis	Tamizaje VIH

Tipo de embarazo	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Antecedentes adversos previos (Mala evolución)									Estimación de laboratorio				
	Riesgo biológico	Intervención preconcepcional	Historia Gestacional						Estado actual de los hijos		Diabetes gestacional	Hipertensión inducida	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Sepsis puerperal	Muerte neonatal	G.C.I.U.	Anomalías congénitas	Peso nacido	Hemoglobina	PCR/HIV	VDRL	Hemoclasificación	Toxoplasmosis IgG
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesáreas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Fórceps	Maniobras	Vivos	Muertos																	

Alcoholismo			Plan riesgo no fumadora?	Síntomas de alarma					Presencia de enfermedad infecciosa	Partos						
Alcohol	Antes Fumar	Cigarrillo		Sangrado vaginal después de relaciones sexuales (contacto sexual)	Sangrado vaginal después de relaciones sexuales (contacto sexual)	Sangrado vaginal después de relaciones sexuales (contacto sexual)	Sangrado vaginal después de relaciones sexuales (contacto sexual)	Sangrado vaginal después de relaciones sexuales (contacto sexual)		Control Prenatal	Curso Preconcepcional	Riesgo Social	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	Prevención de maltrato	Control de C y D	Número de vacunas que tiene la edad de su bebe al día	Cuidante niño y a niña
		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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			ALTERACIONES DEL DESARROLLO				Control prácticas clínicas ASPO	N° de veces que asistió al Taller nutricional	Control odontológico últimos 6 meses	Nº cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor últimos 6 meses	Control de crónicos 6 meses	Presencia de malestares	24° Controles al año	Tipo de alimento consumido ayer (día de la E) (14-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula solo)	RETRASO CRECIMIENTO GALLOWAY	BAJA CRECIMIENTO PINA Y ADAPTADA	AUDICIÓN Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL															

EXPERIMENTACIÓN			Participó en un organismo comunitario durante el último año	Fuman cigarrillos y por BPA y EDA en los últimos 6 meses	Consumió solo en el último año	Problemas clave llevado de menos antes de nacer	Cuidado niñez y niñez	Presencia de violencia familiar	Acompaña a los en actividades de tipo laboral	Control C y D	Recibe dinero en la spp	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remite a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA															C y D	Programa de salud Bucal	Otro / Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino 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

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Metodo de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. sesiones de actividad física semanal	N° Comidas al dia	Consumo cafeina	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Percepción en su organismo en los ultimos 6 meses	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Mide cambio en salud de adolesc)													

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

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. Trabajo 5. Nada

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al dia	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria EJ(54-5)						Remitir a					
					1.Cereales, raices, tubérculos y platanos	2.Hortalizas y legumin osas verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos legumin osas secos y mariscos	5.Lacteos	6.Grasas y azucares	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Atención primaria Familiar	Citologia	Terminal o Vaginal	Observaciones

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

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Solicitud de medicos	Inscripción a Planificar	Control de planificación en el primer año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el primer año	Auto-examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kg/s)	TALLA (Cms)	IMC (Solo cuando se encuentre en extremos)										Licor	N° Cigarrillos Al día	Gra	Cuantas cheares

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. Anual

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

Procedencia familiar	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria B.(1-4-5)						Revisión				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer familiar	4.Cáncer	5.Otros	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Asma	4.Enfermedad renal	EPOC	5.Cáncer	1.Cereal, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas, nueces y mantequillas	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares	Energías renovables	Energías convencionales	Prevención accidentes domésticos	Citología	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas control del adulto	Asesoria de promotores 2 años	Cronograma vigente	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Riesgo cardiovascular	Consumo de				Presion arterial sistolica		Perimetro abdominal	Perimetro de Cadera	Diabetes gestacional	Gestante de riesgo	Asesoria al consumo de tabaco	Asistencia planificacion con hombres en el sistema SIA	Planificacion en hombres	Examen de laboratorio	Autocuidado
					Peso (Kgs)	Talla (Cms)	IMC (Debe tomarse en mujeres gestantes)		Licor	Sustancias psicoactivas	SPA	Consumo de cigarrillo	Sistolica	Diastolica									
166062	Lucia Hurtado	NO	NO	SI	50	1,50	22.2	NO	NO	NO	NO	NO	120	70	78			NO	NO	NO	NO	NO	SI

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

Antecedentes familiares						ERRORES					Tipo de alimento consumido en la ultima dieta						Recibe						
	Trastorno Cardiaco	Sindrome metabolico	Cancer Mujeres	ECVenal	Ninguno	Diabetes	Hipertension	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cereales, raices, tubérculos y plátanos	Carnes, huevos y leguminosas secas	Lácteos	Aceites, mantequilla, margarina, coco y aguacate	Azucares	Cereales y vinos	Programa Adulto mayor	Programa Salud Oral	Plantas medicinales Remitido	Tamizaje Visual	Crioterapia	Ruta de promoción y mantenimiento	Observ
SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Autoriza o programa visual del estudio	Control de gestantes en las últimas 2 años	Citología vaginal *	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de tomas de citología vaginal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de pantorrilla	Análisis dietético cualitativo	Calificación de monitoreo	Aspecto al nacer del bebé se vio en el último año	Autocuidado psicoafectivo en el último año	Identificación de Factores	Diagnóstico de Valoración
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Bajo, normal, sobre peso, obesidad)		Licor	Cigarrillo Diario Al día	BEB	Consumo de alcohol	Sistólica	Diastólica								

Asesoramiento 5. Días semana	Nacionalidad 6	Interacciones familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Familia						
		1.Cónyuge	2.Hijos/as	3.Padre/madre	4.Otro/a	5.Ninguno	Diabetes	Hipertensión arterial	Obesidad	Problemas cardiacos	EPOC	1.Carnes rojas, cerdo y otras	2.Carnes blancas, pescado y mariscos	3.Frutas	4.Cereales, tubérculos y plátanos	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Integra Adulto Mayor	Programa Salud Renal	Riesgo cardiovascular	Tensión Visual	Cirugía	Ruta de persona adulta y mayor	Observaciones

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

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

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio	Barrio o vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Santa Rosa.	Flora 2	M93 CS 6.	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	02	09	2025	V2				V3			

Responsable 1: Patricia Quintero Acevedo	Responsable 1:	Responsable 1:
Responsable 2:	Responsable 2:	Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	N° telefónico contacto:
Jose Aldemar Marulanda.	Lucido Montaño Osorno.	3576339

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realizo visita de caracterizacion e identificacion de riesgo de la familia. en general
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	No permite el ingreso a la vivienda	Se observa cuatro cuartos. extras buena. Regular. Techo. Buena. disposicion de basura cuenta con todos los servicios públicos no fuentes de. encontes, sienta que no se puede jugar quieta. IMC 22.2.	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.	Usuario. riesgo. antecedentes familiares, con DM- HTA de base en tratamiento, visita a. el programa. del adulto, Salud bucal, Planificación familiar, educo en hábitos de vida saludable.	A / M / B	A / M / B	A / M / B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

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.		La Flora.	

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2372	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	01-9-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	3.				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	La Flora 2MZ3 casa 8.
TELEFONO	3214299364
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quiroga Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87404	LONGITUD	-75,62015.
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS												
MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA									01.			
AÑO									2025			

VISITA DE SEGUIMIENTO		
OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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)
Maria	Del carmen	Morales	Mejia	F	60 años	
Daily		Giraldo	Giraldo	F	8 años	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

IDENTIFICACION		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No. APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUANTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			PYP B.C.R	Gestante No. de 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 cual	tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO V.A.	SI/NO	No. Meses
CC	25157473	Luz	Stella	Morales	Mejia	F	17-08-61	64	3	3	1	1	si	4	0	20años	NO	1	A5	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

- Tipo de documento
  - Cedula de Ciudadania
  - Cedula de Extranjeria
  - Pasaporte
  - Registro Civil
  - Tarjeta de Identidad
  - No Tiene

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

Nivel Educativo
0- Primaria
2- Secundaria
3- Tecnico o Tecnologo
4- Universitario
5- Posgrado 6 - Ninguno

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

Tipo de Afiliacion
1- Subsidiado
2- Contributivo
3- Poblacion Asegurada
4- Particular
5- Regimen Especial

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

Por cualquier causa, sea temporal o definitiva 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 compañia
7- Dificultad para aprender o entender

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

Ha recibido o programado una rehabilitacion de acuerdo a la discapacidad
1 – Si
2 – No
3 – No aplica

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
20042024

TIPO DE VIVIENDA	
1.Casa o Apartamento	X
2.Cuarto	
3.Otro tipo	
4.Casa Indígena	

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

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

SERVICIO SANITARIO	
1. Inodoro con conexión a alcantarillado	✓
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.Río, quebrada, manantial, nacimiento	
6.Pila Publica	
7.Carro tanque	
8.Aguatero	
9.Donación	

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

RIESGO DE VIVIENDA	
1. Vivienda con riesgo de deslizamiento	
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	
1.Sin tratamiento	
2.Clorada	X
3.Filtrada	
4.Hervida	
5.Clarificación	
6.Aseleo	

RESERVORIOS DE AGUA	
1. Cuantos	
2. Positivos	
3. Tanque bajo	X
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	
1. Presencia humo de leña	
2. Cocina aislada de los dormitorios	
3. Cocina aislada del sanitario	
4. Tiene nevera	
5. Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas	

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

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

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

Version 13.
30042024

. 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
ROS	0	0	0	0	0	0	NO		NO
OS									Caracol africano SINO
INOS		AVES		PORCINOS			NO		NO
OS		CUALES:							

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa le dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son invesibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que le besen en la boca o tocan sus partes intimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días es: 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. Da un movimiento o otra grita 7. Dice que llora mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Se siente triste 2. No se oiga 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojado 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas inconexas	Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o sueños con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorado sin razón 2. Tiene mucho licor u otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas a. se gasta la plata en otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene peleas 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Luz Stella Morales	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	SI	-
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

N°	HOMBRES 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 adecuado escombreras por parte de los niños	Acudiendo en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consultó en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Acudiendo 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 año. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. UPS, Centro o Puesto de Salud	2. Cuenta cobidel	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Asociación Tierra	3. Oración	4. Vecinos	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Luz Estella Morales	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

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

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

1. Amplitud de bocas cocinas.
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. Modo Paradón.
5. Ninguno

Version 13.
30042024

3. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual gestante	Clasificación al momento del embarazo	Antecedente personal	Medicamentos	Antecedente psicosocial/Violencia	Consejería anticoncepción	Tamizaje Sífilis		Hemoclasificación	Coombs indirecto	Antecedentes familiares					Antecedentes Ginecológicos	Embarazo actual								
								1er	2do			Cáncer de mama y/o ovario	Cáncer gástrico	Cáncer de colon	Diabetes mellitus	Sobrepeso		Control prenatal inicio	Fecha probable parto	Semana de gestación	Peso actual (kg)	Talla (cm)	IMC (Kg/m2) (Bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad grado I, II, III)	Tamizaje adicional	Medicamentos maternos

Tipo de embarazo	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS										Antecedentes embarazo anterior (último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Tamizaje metabólico	Antecedente neurológico	Historia Obstétrica						Estado actual de los hijos		Cefalea gestacional	Hipertensión gestacional	Preeclampsia	Diagnóstico preeclampsia antes de 34 semanas	Desprendimiento placenta	Muerte neonatal	RCIU	Hipertensión crónica	Hijo grande	Hemoglobina	Hematocrito	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesáreas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Riesgo social			Por qué no se realizó?	Signos de alarma					Prevención de accidentes domésticos	Pareja						
	Análisis riesgos	Cobrar		Sangrado vaginal (independiente a la edad gestacional)	Disminución de movimientos fetales (después de la semana 28 de gestación)	Contracciones uterinas antes de las 37 semanas	Ruptura prematura de membranas	Dolor abdominal severo		Consejería Preconcepcional	Control Preconcepcional	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 o por IRA y EDA en los ultimos 6 meses	Presencia de melenas	Controles de C y D	Número de veces que limpia la orina 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 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			
							CID.	PROGRAMA PAI	OTRO CUAL	OBSERVACIONES

Version 13.
30042024

0. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consulta crecimiento desde 6 años	N. de Hemoclasificación mensual	Control odontológico cada 6 meses	Ida odontología al año	Uso sedas dental	Aplicación de flúor cada 6 meses	Control de placa cada 6 meses	Presentado en cada año	8° Consulta al año	Tipo de alimento consumido en la última visita (1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Calcular en cada consulta)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										1.Crema con cereal, cubitos cereal y otros	2.Arroz cebada y harina con verduras	3.Fruta s	4.Alimentos tradicional (sopas, ensalada,	5.Lácteos	6.Carne res y pollo

EXPERIMENTACION			Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Ingreso temprano a pre IPA y EDA en los últimos 6 meses	Despazaste solo en el último año	Practicas clave lavado de manos antes de comer	Cuidado niñas y niños	Presencia de trabajo infantil	Acompañe a sus padres en actividades de tipo laboral	Control C y D	Gestiva Zinc en la Ips	Recibe Vitamina A en la Ips	Recibe Desparasitación en la Ips	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA															C y D	Progra ma salud Oral	Otro / Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar infantil o comedores 5. Otro									1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabajo 5. Nada				

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

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI/NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Motivos de Postergación	Esquema de vacunación completo	N. de días de actividad física semanal	N° Cigarrillos al día	Consumo de alcohol	Consumo de SPA	Consumo de sustancia choferil	Participa(n) en organización social o en el barrio o la vereda	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			Peso (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Mete ompo se gún edad y sexo)													

1. No planifica 2. Planifica 3. Inyectable 4.DIU 5. Natural 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Ovulos, tabletas 9.Implante subdérmico 10. Emergencia 11. Otros

1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. Ocasionalmente

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	No capilladas al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria EL(1-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares	Programa Adolescente	Programa Salud Oral	Planificación Familiar	Citología	Terminal Visual	Observaciones

FICHA AMPLIA ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaría de Salud - Departamento de Riberalta

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Setiembre matrizado	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Auto examen de mama	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Solo cuando se calcula o autom.)										Licor	N° Cigarrillos al día	CPA	Comida chatarra

1. SI 2.No 3.No aplica

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

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

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

Orientación sexual	Antecedentes Familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria B (1-4-1)						Vacunas				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Obesidad	4.Cáncer	5.Ninguno	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad mental	EPOC	Asmatico	1.Carne roja, vísceras, subproductos y pollo	2.Huevo y legumbres varias veces	3.Pescado	4.Carne de Asadero, hamburguesa, salchipapa y similares	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Pregna nte	Pregna nte lactancia	Planific ación familiar	Ninguna	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	Asistió a consulta de crecimiento y desarrollo	Examen visual practicado en los últimos 3 años	Consejería vejez 1	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Pueblo o etnia de varig		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Dolor sintoma cadera	Sintoma de menopausia	Asistió al citologico si es de interes	Asistencia consulta de Planificación en el último año	Planificación en hombres	Examen de testículo	Autoexamen
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Peso gramos en cada centímetro de estatura)		Licor	Nº cigarrillos día	BPA	Comidas al exterior	Vivienda	Dirección									

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

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	Cardiovascular	Enfermedad mental	Cáncer	1.Carnes rojas, pollo, cerdo y pescado	2.Huevos, cereales y leguminosas	3.Frutas	4.Jugos naturales, leguminosas y lácteos	5.Lácteos	6.Ninguno de los anteriores	Programa Actividad	Programa Alimentación Saludable	Programa sesión familiar	Tamizaje visual	Citología	Ruta de acceso (Cáncer y enfermedad cardiovascular)	Otros

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistió a programas de atención	Examen de próstata realizado	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Plan de manejo nutricional	Consumo de				Prueba rápida de sangre oculta		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Síntomas de menopausia	Asistió al adulto mayor en el último año	Actividad física en el último año	Riesgo familiar	Examen de tamizaje
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Peso sobre talla al cuadrado)		Licor	N° Cigarrillos día	SPA	Consulta psiquiatra	Sangre oculta	Glucosa								
25137 4933	Luz. Estella Montes	NO	NO	NO	85	1,65	31.2	0	NO	NO	NO	NO	140	70	100	98	1002	NO	NO		NO	NO

Asistencia a la sesión	Monitoreo	Antecedentes familiares					COMIDAS					Tipo de alimento consumido en la última visita						Remite a						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer	4.Obesidad	5.Otro	Desayuno	Almuerzo	Cena	Refrigerio entre comidas	Otro	1.Frutas, verduras, cereales y tubérculos	2.Huevos, carnes y lácteos	3.Frutas	4.Comida rápida, bebidas azucaradas	5.Lácteos	6.Otro	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Terapias de Visual	Citología	Ruta de apoyo social y manejo biosicosocial	Observaciones
SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	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 TRANSITO	☐
6	CANCER	☐
7	VIH	☐
8	TUBERCULOSIS O LEPRA	☐
9	ENFERMEDAD PROFESIONAL	☐
10	ACCIDENTE LABORAL	☐
11	OTRO / CUAL	☐

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

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio: Santa Rosa.	Barrio o Vereda: La flora.	Dirección: M73 CS8.						Ficha familiar No.			
V1	DIA: 1	MES: 9	AÑO: 2023	V2	DIA	MES	AÑO	V3	DIA	MES	AÑO
Responsable 1: Patricia Quintero Acevedo Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	N° teléfono contacto:
Luz estella. Morales Mejia	Luz Estella. Morales Mejia	3214299364

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

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuaria no permite el ingreso a la vivienda	Usuaria Refiere contar con todos los servicios públicos, buena disposición de basura; Refiere no se puede quedar quieta, no fumadora de vasos, IMC 31.2.	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 con antecedentes familiares de HTA, usuaria con HTA de base, en tratamiento Remito a adulto mayor. Salud bucal, tamizaje visual y auditivo educo en hábitos de vida saludable	A ✓ M B	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

.IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

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

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	091	FAMILIA	1	COHORTE	6
FECHA VISITA	1-9-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	M74 CSB piso 2 Lepus.
TELEFONO	3104053444
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quimua Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87549	LONGITUD	-75.64639.
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA									1			
AÑO									2025			

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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)
José	Isaias	Bedoya	Isaza	M	7	
Juan	S	Sanchez	Londoño	F	30	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. 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 pariente 16.Servicio domestico/guarda/chofer 17.Pariente servicio domestico/interno

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.S.D.R.	Gestante No. en meses	
Tipo	NUMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U.				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado	Discapacitado		Desmovilizado			
																					SI/NO	cual	cual	cual	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
CC	25.161.929	Ana	Ana Maria	Rendon	Hoyos	F	20/07/1953	53		3	2	3	si	3	1	0	si	C	Nueva EPS	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3. Tecnico o Tecnologico
4. Universidad
5. Postgrado 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. Palenquero de san Basilio
5. Negro(a), MULATO, Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente

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

Tipo de discapacidad
1- Patologica
2- Accidente Laboral
3- Accidente de transito
4- Enfermedad Profesional
5- Violencia
6- Desconocido

Se esta llevando programa de rehabilitación de acuerdo a su discapacidad
1 – Si
2 – No
3 – No aplica

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

TIPO DE VIVIENDA
1.Case o Apartamento ✓
2.Cuarto
3.Otro tipo
4.Casa Indigena

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
1.Bajo bajo
2.Bajo
3.Medio bajo ✓
4.Medio
5.Medio Alto
6.Alto

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

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

AGUA CASERA
1.Sin tratamiento
2.Clorada ✓
3.Filtrada
4.Hervida
5.Clarificación
6.Aseo

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, Ranchа ✓
4. Asbesto

CIELO RASO?
SINO SI

CIELO RASO ADECUADO?
SINO SI

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, Rásticos
8. Sin Paredes

Grietas en paredes SINO

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

RESIDUOS SOLIDOS ALMACENAMIENTO
1. Bolsas Plásticas
2.Costal o Estopa
3.Canecas Con tapa ✓
4.Canecs 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 ✓
Nitivora
Agroindustrial
Gasolina o inflamable
Plaguicidas
Adecuado

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA
Consume medicamentos bajo fórmula médica SINO SI
Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad SINO SI
¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? SINO SI

Version 13.
30042024

. 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
ROS	2		2	2	2		NO		SI/NO NO
OS	1		1	1	1				Caracol africano SI/NO
INOS	0	AVES	0	PORCINOS	0				NO
IOS	0	CUALES:							

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

	HOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa les dice que se sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, NA)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que le besen en la boca o tocar sus partes intimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varias días: 1. Se siente triste 2. No se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. está muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperada 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otro grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son sicarios 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Alguna persona de la casa: 1. Le gusta estar la mayoría, 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 se sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se ve golpeada sin razón 2. Teme mucho llorar 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 celulos 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Requiere intervención psicológica	Observaciones
1	Ana. Mª Londoño	NO	70	7	NO	NO	3	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

n.	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	Usa espacios comunitarios por parte de los niños	Consumió en el último mes bazuco alcohol o medicamentos. SI / NO	Consumió en el último mes tabaco alcohol o sustancias psicoactivas. SI / NO	Consumió en el último mes tabaco alcohol o sustancias psicoactivas. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes SI / NO	Ha asistido a consulta psicológica en el último mes SI / NO	Participa en grupos o organizaciones del barrio							
		1. PS, Centro o Puesto de Salud	2. Tienda comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Asistente a Salas	3. Grupos	4. Padres	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Ana Ma Londoño	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de Familia	Pertenece a 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. Ampliación de Inmunizaciones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Bucal.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Crónicos.
8. CLS o Secretaría.
9. TBC y Lepra.
10. Seguridad Laboral.
11. Zoonosis y STV.
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. Jueles de Acción Comunal.
4. Madre Preside.
5. Ninguno

Version 13.
30042024

3. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual del proceso	Planificación al momento del embarazo	Gestación (semanas)	No. de controles	Antecedentes psicosociales	Consejería anticoncepción	Tamizaje Tuberculosis		Vacunación	DNT Nutricional	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								Rx	Ak			1.VIH/ Parejas	2.ITS/ Hijos	3.Preeclampsia	4.Obesidad/ Diabetes/ HTA	5.Otros		Fecha última citología	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso actual (Kgs)	Talla actual (Mts)	Talla (cms)	IMC (Kg/m2) [Bajo peso <18.5, Normal 18.5-24.9, Sobrepeso 25-29.9, Obesidad >30]	Vacunación completa	Micronutrientes formulados

Tipo de embarazo	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Antecedentes ordenamos anterior (Ultimo embarazo)									Enfermería de laboratorio				
	Hemoglobina	Antecedentes transfusionales	Historia Ginecoobstetrica						Estado actual de los hijos		Distocias parto/cesárea	Hipertensión inducida	Hemorragias	Ruptura prematura membranas	Sepsis/infección ovular	Mal olor vaginal	RCIUG	Fecha último parto	Tipo parto	Sangre/grupo	PTA/LAM	VIH	Hemoglobina Hb	Parasitismo intestinal
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos															
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																		

Micronutrientes			Factores de riesgo						Prevención de enfermedades diarreicas	Gestión						
Vitamina	Acido fólico	Calcio	Dolores en hipogastrio (contracciones) o flujo vaginal anormal	Disminución de movimientos fetales (después de la semana 28 de gestación) o ausencia de movimientos fetales	Sangrado vaginal, dolores en hipogastrio	Fiebre (calor) en la casa o hacinamiento alrededor de los niños	Consejo psicosocial		Consejería Anticoncepción	Control Preconcepcional	Salud Bucal	Valoración Nutricional	Citología	Planificación	Observaciones

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA GESTACIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Egreso hospitalario por IRA y EDA en los menores 6 meses	Presencia de malformación	Control de C y C	Número de veces que recibe la visita de su bebe al día	Cuidador niños y niñas
		Semana	Meses	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL					

Tiempo en meses

1. Padres
2. Otro Familiar
3. Vecino o Amigo
4. Hogar infantil o especializado
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

D. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consulta preventiva desde 1 año	N. de Consultas de control de higiene oral	Consejería en salud oral en los últimos 6 meses	N.A. vacunas al día	Uso de pólizas	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Consejería en flúor en los últimos 6 meses	Presencia de maloclusión	N° Controles al día	Tipo de dieta consumida en las últimas 48 horas (1,2,3,4,5)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Bajo peso, sobrepeso, obesidad)	NIVEL DE CIUDADANIA	NOTA EN CASA Y ADAPTACION	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										1. Comidas con azúcar, comidas con sal y picantes	2. Frituras y harinas	3. Frutas	4. Carnes, huevos, legumbres y lácteos	5. Leche	6. Gaseosas y dulces

EXPERIMENTACION			Participación en organización de niños en la escuela	Ingreso hospitalario por EDA y IRA en los últimos 6 meses	Desparasitado en el último año	Prácticas clave lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompañamiento padres en actividades de tipo laboral	Control C y D	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe SUMIO Fortaz en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA															C y D	Programa de salud Bucal	Otro / Cual	Observaciones
				1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino 4. Hogar bienestar o comunitario 5. Otro							1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada				

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

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(01 NO)

Nº	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 tamizaje cisterna	Participación en organización en el 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 (Hacer campo en cálculo de auto)													

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

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

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

1.Juego 2. Ver TV 3. 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 EJ (1-4-5)						Remitir a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumbres secas y mariscos	5.Leche	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

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	HOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje de medicina	Planificación o Preventivo	Control de planificación o en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control urológico en el último año	Auto examen de mama	Examen de testículo	N° de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Use tiempo de calculad o automá										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. Coitológico 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 (1,2,3,4,5)						Hemiluz				
	1.Hipertensión	2.Hipotiroidismo	3.Diabetes mellitus	4.Asma	5.Otros	Hipertensión	Hipotiroidismo	Diabetes mellitus	Enfermedad renal	Asma	Otros	1.Cereal sin azúcar, tubérculos y plátanos	2.Leche y derivados (queso y yogurt)	3.Frutas	4.Verduras y hortalizas crudas y cocidas	5.Huevos	6.Carnes y otros	Parasitismo intestinal	Parasitismo intestinal	Prevención parasitismo	Citología	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a primera consulta del equipo	Gestante en seguimiento en los últimos 2 años	Gestación vigente	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: Peso (Kg)	Talla (Cms)	IMC (Peso/talla en metros al cuadrado)	Nº de meses de amamantamiento materno exclusivo	Consulta de: Lactancia	Nº Consultas de crecimiento y desarrollo	EPOC	Consulta de Enfermedad Crónica	Posible afectado en medio: Sistólica	Diastólica	Hemoglobina glicosilada	Hemoglobina de sangre	Fecha de toma	Sífilis de mestizaje	Asesoría en consejería en salud sexual	Asesoría y prueba voluntaria en el control prenatal	Fecha/Edad en Semanas	Examen de tamizaje	Autocuidado
5.167409	Pala londoño	NO	-	SI	58	1.60	22.7	6	NO	0	NO	NO	120	80	92	105	0.87	NO	SI	NO	NO	-	SI

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

Identificación	Antecedentes familiares: 1.Diabetes	2.HTA	3.Cáncer	4.Obesidad	5.Otro	CRONICOS: Diabetes	HIPERTENSION	Obesidad	Enfermedad Mental	EPOC	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 1.Frutas, verduras, tubérculos y cereales	2.Leche, huevos, carnes y vísceras	3.Frutas	4.Cereales, tubérculos, plátanos y derivados	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares	Remitido a: Programa de Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Plan de Cesación Tabaco	Terapias de Salud	Citología	Prueba rápida para VIH y sífilis gestantes	Observ
SI	NO	SI	3	89	3	NO	39	3	3	3	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	3	SI	3	SI	

Convulsiones

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a consultas de crecimiento y desarrollo	Examen de próstata con tacto rectal y PSA	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de tomas de medición mensual	Consumo de				Prueba de tamizaje en salud		Perímetro abdominal	Perímetro de muñeca	Índice cintura cadera	Bienestar de mujeres	Asesoría en consejería en VIH	Asesoría en consejería en VIH en el último año	Plan Nacional de Vacunación	Glucosa de Cuaresma
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Dato cálculo se realiza automático)		Licor	No. Cigarrillos/día	BPA	Consulta de control	Sífilis	Consulta								

Autocuidado según edad	Mamoplastia	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la última dieta						Familia							
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer	4.Otros	5.Ninguno	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad renal	EPOC	1.Carne roja, huevo, cerdo y vísceras	2.Pollo, pescado y lácteos	3.Frutas	4.Cereales, tubérculos y leguminosas	5.Lácteos	6.Cereales y dulces	Presenta un Adulto Mayor	Persona Sentinel Social	Planificación familiar	Tipología Vivienda	Credito	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha Familiar No.
Santa Rosa.	La Flora.	M2 4 C58	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	1	09	2025	V2				V3			

Responsable 1: Responsable 2:	Patricia Quintero Moreno.	Responsable 1: Responsable 2:		Responsable 1: Responsable 2:	

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° teléfono contacto
Ibeana Sanchez Londoño	Ana María Londoño	3104053464

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

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuaria no presenta el riesgo a la vivienda.	Usuaria (UIU) refiere tener todos los servicios públicos, buena disposición de basuras; se observa buena disposición externa. refiere estar muy feliz, con aumento de peso (de 22)	✓ 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 Sana refiere sentirse muy bien con antecedentes familiares de HTA y C2, remito al adulto mayor, tamizaje visual. Adhiere en hábitos de vida saludable.	✓ A M B	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR:

Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR:

Nombre y Apellidos
Profesión:

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

.IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

ÁREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Santa Rosa.	Urbano		La Flora 2.	

DATOS DE LA FAMILIA				
VIVIENDA	530	FAMILIA	1	COHORTE B.
FECHA VISITA	1-9-2025			
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1			
No. De Personas de la Familia	4			

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	MZ 3 CS 42 Flora 2.
TELEFONO	3135730427.
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quiroga Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4-87538	LONGITUD	-75.63528
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA									1			
AÑO									2025			

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

Falta terminar.

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)
Emanuel	G	Giraldo	Hurtado	M	12	
Dulce Mª	María	Arias	Hurtado	F	5	
Catalina		Gomez	Hurtado	F	1	
Cindi	Yuliana	Hurtado	Betancurth			

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

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.K.D.R	Gestante No. en meses	
Tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				S/N O				SI/NO	Tipo	EPS		Discapacidad SI/NO	Discapacidad cual	Desarrollo SI/NO	SI/NO HA	SI/NO	No. Meses
CC	1059321687	Cindy	Yuliana	Hurtado	Betancurth	F		36																		

o Documento
- Cedula de Ciudadanía
- Cedula de Extranjería
- Pasaporte
- Registro Civil
- Tarjeta de Identidad
- No Tiene

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Tecnico o Tecnologo
4- Universidad
5- Ninguno o Ninguno

Actividad Ultimo Mes
0 – No Aplica
1- Trabajando
2- Buscando Trabajo
3- Estudiando
4- Oficios en el Hogar
5- Rentista
6- Jubilado
7- Jardin

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. Palenquero de san Basilio
5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente

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

Tipo de Discapacidad
1- Psicologica
2- Auditiva o Lenguaje
3- Accidente de Transito
4- Enfermedad Profesional
5- Visceral
6- Desconocido

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

TIPO DE VIVIENDA	
1.Casa o Apartamento	✓
2.Cuarto	
3.Otro tipo	
4.Casa Indigena	

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

TIPO DE ALUMBRADO PRINCIPAL	
1. Electricidad	✓
2. Solar, Bioenergia, Otros	
3.Gas Propano (cilindro)	
4.Kerosena, 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	
1.Bajo bajo	
2.Bajo	
3.Medio bajo	✓
4.Medio	
5.Medio Alto	
6.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	
1.Sin tratamiento	✓
2.Clorada	
3.Filtrada	
4.Hervida	
5.Clarificación	
6.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	
1. Presencia humo de leña	
2. Cocina aislada de los dormitorios	
3. Cocina aislada del sanitario	
4. Tiene nevera	
5. Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas	

RESIDUOS SOLIDOS ALMACENAMIENTO	
1. Bolsas Plásticas	✓
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 río, 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		Nombre de la actividad

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA			
Detergente	✓	Gasolina o inflamable	
Nivora		Plaguicidas	
Agroindustrial		Adecuado	

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

Version 13.
30042024

. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizados	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedores SI/NO
ROS		1	1	1	0	1	NO		NO
'OS									Caracol africano SI/NO
INOS	0	AVES	0	PORCINOS	0				NO
IOS	0	CUALES:							

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

	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 la besen en la boca o tocan sus partes intimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Duerme más de lo normal 6. Está muy ansioso 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. Duerme más de lo normal 6. De un momento a otro grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Hace cosas incoherentes	Alguna persona de la casa: 1. Le 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 obligada a ser racista 2. Tiene mucho tiempo a otras drogas en poco tiempo. 3. Abandona de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gastado plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor o otras drogas, pelea, insulta, tiene peleas 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Requiere valoración psicológica	Observaciones
1	Cindy Hurtado	NO	NO	NO	6	NO	NO	NO	Si	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Usa espacios comunitarios por parte de los niños	Consumió en el último mes bazuco alucinógenos. SI / NO	Consumió en el último mes alucinógenos psicológicos. SI / NO	Consumió en el último mes basuco cocaína. SI / NO	Ha estado a consulta médica en el último mes SI / NO	Ha estado a consulta odontológica en el último año. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS. Centro o Puesto de Salud	2. Cuenta comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividades físicas	3. Deporte	4. Vivienda	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Cindy Hurtado	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

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

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

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

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción.
3. Jumos de Acción Comunal.
4. Vivda Paralife.
5. Ninguno

3. GESTANTES

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual gestante	Planificación al momento del embarazo	Asistencia control prenatal	Riesgo de gestación	Asistencia curso psicoprofiláctico	Consulta odontológica	Tamizaje Estándar		Vacunación	EPS	Antecedentes familiares					Antecedentes personales	Embarazo actual									
								Sí	No			1. HTA crónica	2. Diabetes	3. Preeclampsia	4. Cáncer de mama	5. Ninguno		Fecha probable parto	Fecha probable de parto	Semanas de gestación	Fecha ultimo control	Fecha ultima toma	Visita (CERO)	Edad gestacional en la que inicio el control prenatal	Tercer trimestre	Riesgo de parto prematuro

Tipo de embarazo	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Antecedentes embarazo actual (Datos embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Grupo sanguíneo	Antecedentes transfusionales	Historia Gestacional						Estado actual de los hijos		Diabetes gestacional	Hipertensión inducida	Hemorragias	Ruptura prematura membranas	Corioamnionitis	Anemia moderada	ITU/CVS	Preeclampsia severa	Tipo parto	Sífilis	HIV/SIDA	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesáreas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Observaciones			Plan de parto Normal?	Riesgos de alarma					Presentación de síntomas de alarma	Resultados						
Edad	Antec. Patol.	Cirugía		Cefalea, Trastorno visual, convulsiones, Epigastralgia, sangrado vaginal	Disminución de movimientos fetales, Dolor abdominal, contracciones uterinas	Sangrado vaginal, ruptura prematura de membranas	Hinchazón (edema) en la cara o brazos o signos de alarma	Cuál es el riesgo identificado		Control Prenatal	Perfil Preeclampsia	Sulfato Ferroso	Vitaminas	Citología	Ecografías	Observaciones

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

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				Ingreso hospitalario por IRA y EDA en los ultimos 6 meses	Presencia de malestar	Control de C y D	Número de veces que impra la emta de su bebe al dia	Cuidado niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			NOTRECIDAGRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL					

Tiempo en meses

1. Padres
2. Otro Familiar
3. Vecino o Amiga
4. Hogar infantil o comunidad
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

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistencia programas comunitarios	Sistemas de protección social	Clasificación vigilancia	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de tomas de medición nutricional	Consumo de				Prueba cognitiva mini		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice abdomen cadera	Sarcopenia positivo	Ámbito de adscripción a cero en cinco años	Asistencia plan Mas Familias en su último año	Fitosterol en Farmitar	Razones de tamizaje
					PESO (Kilos)	TALLA (Cms)	IMC (Bajo peso, normal, sobre peso, obesidad)		Licor	Nº Cigarrillos día	Sopa	Cantidad diaria	Mini Mental	Clasificación								

Acompañamiento a otro adulto mayor	Mismo grupo familiar	Adversidades familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta habitual						Remitir a						
		1.Duelo reciente	2.Hijos/as ausentes	3.Crisis vital	4.Cáncer	5.Otra	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Frutas y verduras	3.Proteína	4.Cárnicos, huevos, lácteos y leguminosas	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares	Proceso Adulto Mayor	Pruebas de Salud Mental	Diseño Cuidado Paliativo	Terapias Integrales	Cirugía	Ruta de proceso cáncer y sospechas	Observaciones

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

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

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Santa rosa.	M23 Cs 4 bis 2	M23 Cs 42.	

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 Quiroga Acevedo		

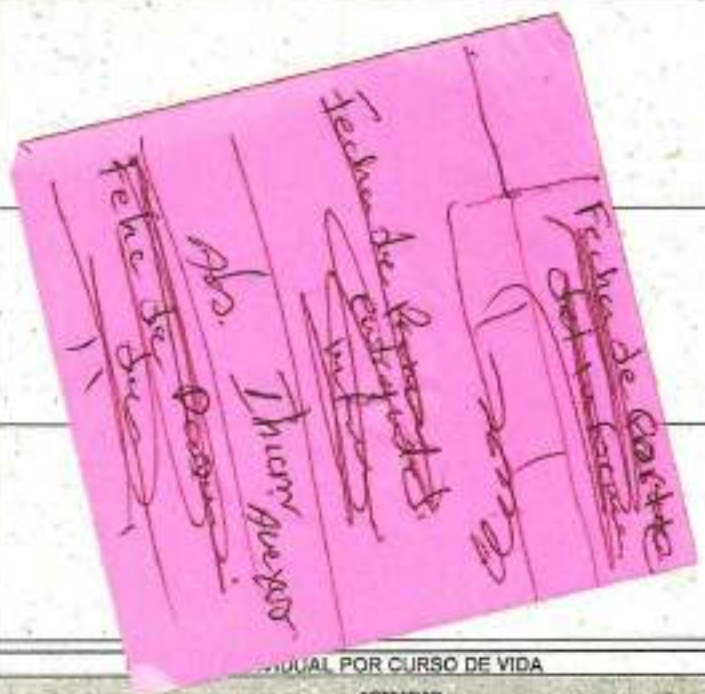
Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	N° telefono contacto
Cindy. Yuliana. Hurtado B	Cindy Yuliana Hurtado B.	3135730437

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

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuario con permiso el ingreso a la vivienda	Usuaria. Refiere contar con todos los servicios públicos, con buena disponibilidad de los mismos, refiere que de vez en cuando sobre gripa	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



INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1			A M B	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

.IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Santa Rosa	Urbana		La flora 2.	

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	0450	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	1-9-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	2				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	12 flora 2 #123 (52.
TELEFONO	3218821522.
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quiroga Secreto			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87425	LONGITUD	-75.62325
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA									1			
AÑO									2025			

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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)
Mario	Rocio	Cano	morales		62 años	
josé	oldoli	valencia	velez		69 años	
Maria	del carmen	Valencia	cano		40 años	
Luis	Vicente	valencia	cano		35 años	
Alba	Lucia	valencia	cano		28 años	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL				PPL/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	cual	tipo	SI/NO	SI/NO	SI/NO	No. Meses
CC	1093214223	Isabel	Cristina	Salazar	Gallo	F	11-3-89	38		U	6	2	SI	11	04	5	NO	S	Sura	NA	NO	NO	0	NO	NA	NO	0

Documentos
- Cedula de Ciudadania
- Cedula de Extranjeria
- Pasaporte
- Registro Civil
- Tarjeta de Identidad
- 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 Última Vez:
0 – Sin Actividad
1- Trabajando
2- Buscando Trabajo
3- Estudiando
4- Oficios en el Hogar
5- Rentista
6- Jubilado
7- Invalido

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

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

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

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

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

Soltero

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

TIPO DE VIVIENDA
1. Casa o Apartamento ✓
2. Cuarto
3. Otro tipo
4. Casa Indigena

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

TIPO DE ALUMBRADO PRINCIPAL
1. Electricidad ✓
2. Solar, Bioenergia, 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
1. Bajo bajo
2. Bajo
3. Medio bajo ✓
4. Medio
5. Medio Alto
6. 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 2 5 6

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

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

RESERVORIOS DE AGUA
1. Cuantos 1
2. Positivos 1
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 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
1. Presencia humo de leña SI
2. Cocina aislada de los dormitorios
3. Cocina aislada del sanitario
4. Tiene nevera
5. Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas

RESIDUOS SOLIDOS ALMACENAMIENTO
1. Bolsas Plásticas
2. Costal o Estopa
3. Canecas Con tapa ✓
4. Canecas 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 baldio
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 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

. ANIMALES

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

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

	HOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa le dice que no sirve para nada, que todo lo quiere mal, que son inservibles? (SI, NO, NIÑ)	¿Alguna persona de la casa amiga o otra tiene relaciones sexuales, o que le besen en la boca o tocan sus partes intimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona en la casa por varios días: 1. Se siente triste 2. Me se ases 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa por varios días: 1. Se siente desesperada 2. Siente que no se puede quedar quieta 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otro grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son mentiras 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 mastina con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. Se ve deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor o otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delitos 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Isabel C. Valencia	SI	SI	3	NO	NO	3	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

N.	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del sector				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Una vez por semana participa por parte de los niños	Considera en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Considera en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Considera en el último mes buscar atención psicológica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontológica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos o organización en el barrio						
		1. PS. Centro o Puesto de Salud	2. Casita comunal	3. Iglesia	4. Sitio de esparcimiento									1. Ayuda mayor	2. Actividad Fisica	3. Oración	4. Peñateria	5. Ecológica	6. Juvenil	7. Otra	Cual
1	Isabel C Dabuis	no	no	si	si	no	si	no	si	si	si	no	no	no	no	si	no	no	no	no	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a alguna red de apoyo social de la Secretaría de Salud		Otro / Cual?	Pertenece a algun grupo

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

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

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción.
3. Juntas de Acción Comunal.
4. Medio Pensión.
5. Ninguna

Version 13.
30042024

I. GESTANTES

No.	Nombres y apellidos	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Gestación deseada/ planeada	Fecha de nacimiento	Pertenencia étnica/cultural	Consejería anticonceptiva	Duración fisiológica		Ivu	Edad gestacional	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								a.	d.			1.Diabetes Gestacional	2.Diabetes tipo II	3.Hipertensión arterial	4.Cáncer de mama/útero	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable de parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kg)	Peso actual (kg)	Talla (cm)	IMC (Peso actual en kilogramos/talla en metros al cuadrado)	Tamizaje mental	Riesgo social/ violencia

Número de embarazo	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS										Antecedentes ginecológicos (último año)									Exámenes de laboratorio				
	Ginecológicos	Intervenciones quirúrgicas	Historia Obstétrica						Estado actual de los hijos		Enfermedades gonocócicas	Infecciones vaginales	Infecciones urinarias	Displasia cervical/ cáncer de cuello uterino	Anormalidades cervix	Alteración mamaria	ALCOHOL	Exámenes de pareja	Tipo de parto	Serología	VIH+ADO	Vdrl	Hepatitis B	Toxoplasmosis IgG
			No. de partos/abortos	Partos vaginales		Cesáreas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Medicamentos			Plan de vacunación	Signos de alarma					Consejería en anticoncepción	Remisión	Riesgos						
Vitamina	Ácido fólico	Calcio		Dolor o ardor durante la micción/ polaquiuria o frecuencia urinaria	Flujo vaginal anormal (maloliente, fétido, abundante, con sangre) o prurito vaginal	Contracciones antes de la semana 37 de gestación	Disminución o ausencia de movimientos fetales	Otros signos de alarma identificados			Consejería	Cirugía Programada	Salud Mental	Violencia	Citología	Hipertensión	Otros

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	Gestación de C y D	Número de veces que limpia la nariz 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 comedor
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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consulta prioritaria dentro de la IPS	No. de horas de atención Institucional	Consulta odontología de crónicos	No. Consulta de control	Uso medicamentos	Aplicación de flúor barniz o sellantes	Control de placa bacteriana	Promoción de la salud	Nº Consulta del día	Tipo de cliente consulta en la cita del día (1)(2-4)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este cruce se realiza de manera automática)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTATIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1-Cuando las madres, padres y/o cuidadores	2-Hasta dos (2) integrantes del núcleo familiar	3-Cuatro	4-Cuando participan tres integrantes del núcleo familiar	5-Mas de cuatro	6-Cuando hay visitantes

ESPERIMENTACION			Participación en organización social del barrio o la vereda	Ingesta hospitalaria o por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Prácticas clave lavado de manos de antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompañamiento a sus padres en actividades de tipo laboral	Control C y D	Recibe Vitamina A 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	Programas Salud Oral	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. Ninguno									1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada				

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(El MO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Cedrul del joves	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 mellor	Consumo de BPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organización social dentro la escuela	Cuidado del joven	Prevención de maltrato	Participación en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (CMS)	IMC (Solo cuando se cuenta con ambos)													

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

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

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

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

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(1-4-4)						Remitir a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Fríjoles y legumin osas verde	3.Fruta s	4.Carnes, huevos legumin osas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulce s	Progra ma Atención	Progra ma Salud Bucal	Planific ación Familia r	Ciclog ia	Tamizaj e Visual	Observaciones

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

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación Familiar	Citología vaginal	Examen de próstata	Consumo sustancias psicoactivas	Auto examen de mama	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUMO			
			Peso (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula automáticamente)									Licor	Nº cigarrillos al día	EPA	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

Prestación solicitud	Antecedentes Familiares					CRONICAS						Tipo de síntoma sospechoso en la visita actual S (1-4-5)						Remite a				
	1.Hipertensión	2.Diabetes	3.Cáncer	4.Asma	5.Otros	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Epilepsia	4.Enfermedad mental	5.Asma	6.Otros	1.Cáncer de mama, cuello uterino, próstata y piel	2.Hemorragia vaginal, leucorrea, masa en mama	3.Fiebre	4.Cambio de hábitos intestinales, sangrado en heces y moco	5.Ictericia	6.Orina y/o abdomen	Programa Joven Saludable	Programa Salud Mental	Planificación Familiar	Citología	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Acceso a programas de promoción del adulto	Examen de próstata en los mayores de 40 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Indice de masa corporal)	AL no tener actividad física semanal	Consumo de: Licor	Nº Cigarrillos al día	EPA	Consulta planificación	Presión arterial en mmHg: sistólica	diastólica	Perímetro abdominal	Hemoglobina en gramos	Indice cintura cadera	Examen de mama	Asistio al odontólogo o se le realizo alguna actividad	Asesoria (Higiene oral, dieta) en el último año	Diagnóstico en familias	Examen de testículos	Autoexamen
97321 1223	Isabel Valencia	NO		SI	74	1.65		1	NO	0	NO	SI	120	80	88	13.96		NO SI	SI	SI	SI		NO

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

Información	Antecedentes familiares: 1.Cáncer	2.Diabetes	3.Cardiovasculares	4.Asma	5.Otro	CRONICAS: Cardiovascular	Respiratoria	Diabetes	Enfermedad renal	Epoc	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 1.Carnes, huevos, vísceras y pescado	2.Leche y derivados	3.Frutas	4.Cereales, tubérculos, plátanos y granos	5.Aceite	6.Azúcar	Familia: Programa Adulto	Programa Salud Oral	Inasistencia a citas	Tamizaje visual	Citología	Riesgo psicosocial y violencia intrafamiliar	Observaciones
NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	

Si presenta emocional

Familia integración

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistió a primera vez del año	Examen de [illegible] los últimos 3 años	Clasificación vigente	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consejería				Previene alcohol si no/sí		Fecha primera odontología	Fecha primera de cáncer	Inicio control cáncer	Seguimiento cáncer	Asistió al control cáncer del año	Asistió a control [illegible] en el último año	Plan familiar de familia	Sistema de vacunación
					PESO (KGS)	TALLA (CMS)	IMC (Bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad)		Lunes	Nº Cigarrillos día	Licor	Consejería	Cantidad	Diversión								

Autocuidado a los años	Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de diagnóstico sospechado en la última visita						Remite a						
		1.Enfermedad	2.Hipertensión	3.Cáncer mama	4.Cáncer [illegible]	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cáncer [illegible] cuello uterino y	2.Cáncer [illegible] mama y [illegible]	3.Próstata	4.Cáncer [illegible] [illegible]	5.Ulcera	6.Otras [illegible] y cuales	Programa Adulto Mayor	Programa [illegible] Salud Bucal	Planificación familiar y	Terapias [illegible] Visual	Cirugía	Ruta de [illegible] y [illegible]	Observaciones

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

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

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio: Santa Rosa.	Barrio o Vereda: 12 Piso 2.			Dirección: M23 CS2.				Ficha familiar No.					
V1	DIA	MES	AÑO	V2	DIA	MES	AÑO	V3	DIA	MES	AÑO		
Responsable 1: Patricia Quintero Acosta Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:					

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	N° teléfono contacto
Mª del Carmen Valencia.	Isabel Cristina. Valencia.	3218825522.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EXCLUSION FAMILIAR: Se realiza. visita de caracterización e identificación de Riesgo. de la familia en general
V2	ANALISIS Y EXCLUSION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EXCLUSION 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 h. viviendo.	Usuaria refiere (sentirse) contar con todos los servicios publicos, con buena disposicion de basuras, refiere llevo cuello, ICM.	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, con antecedentes familiares de DM e HTA recibe 2. programa. del adulto. a tamizaje visual. educa. en hábitos saludables.	A M B	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13
30042024

.IDENTIFICACION

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Santa Rosa.	Urbana		Flora 2.	

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	1088	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	1-9-2025.				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2.				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Flora 2 #23 CS #4.
TELEFONO	3137193734.
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Arango Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87386.	LONGITUD	-75.62032
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA									1			
AÑO									2025			

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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	Nelly	Pinto	Londoño	F	87 años	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUANTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL				P.P.R.D.R	Gestante No. se 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	Desconocido SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
CC	25134439	Nuvia	Lucia	Castro	—	F	19-8-55	70	3	2	1	2	SI	3	04	0	NO	S	NAT	NA	NO	NA	NO	NO	NA	00	0

Documento
Cedula de Ciudadanía
Cedula de Extranjería
Pasaporte
Registro Civil
Tarjeta de Identidad
No Tiene

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Tecnico o Tecnologo
4- Universidad
5- Ninguno o - Ninguno

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

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

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

Por enfermedad, accidente o nacimiento tiene alguna de las siguientes condiciones de forma permanente
1- Ceguera Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para moverse o caminar por 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- Psicologica
2- Auditiva o Lenguaje
3- Auditiva de Visceras
4- Enfermedad Profesional
5- Movilidad
6- Desconocido

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

Sordera

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

TIPO DE VIVIENDA
1.Casa o Apartamento ✓
2.Cuarto
3.Otro tipo
4.Casa Indigena

ESTRATO
1.Bajo bajo
2.Bajo
3.Medio bajo ✓
4.Medio
5.Medio Alto
6.Alto

AGUA CASERA
1.Sin tratamiento
2.Clorada ✓
3.Filtrada
4.Hervida
5.Clarificación
6.Aseo

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

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

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	
Clivora		Plaguicidas	
Agroindustrial		Adecuado	

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

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

Estado del piso
bueno ✓
malo

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

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

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

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

CIELO RASO?
SINO NO
CIELO RASO ADECUADO?
SINO SI

Estado del techo
bueno ✓
malo

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

DE DONDE SE TOMA EL AGUA PARA EL CONSUMO HUMANO
1.Acueducto ✓
2.Pozo con Bomba
3.Pozo sin Bomba, Jagey
4.Agua Lluvia
5.Río, quebrada, manantial, nacimiento
6.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 SINO NO

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

Separado de la Fuente ✓

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

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA
Consume medicamentos bajo fórmula médica SINO SI
Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad SINO SI
¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? SINO SI

Version 13.
30042024

. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedore SI/NO
ROS							NO		NO
OS		2	2	2	0	2			Caracol africano SI/NO
INOS		AVES	0	PORCINOS	0				NO
OS		CUALES:							

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa le dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, o que le hagan en la boca o hacer con sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Baja exageradamente bella	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperada 2. Siente que se va a quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. Se va en contra a otra gente 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	Algunas personas de la casa: 1. La 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 se 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 delitos 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Requiere intervención psicológica	Observaciones
1	Zoley. Castro	NO	NO	Si	NO	NO	NO	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

7. AMBIENTE SOCIAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Es expuesto constantemente por parte de los niños	Considera que el último mes buscar atención médica. SI / NO	Considera que el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Considera que 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. Salón comunal	3. Iglesia	4. Sitio de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Asistida a Hogar	3. Grupos	4. Veedurías	5. Empleados	5. Juvenil	6. Otro	Cual
1	Maria Zuley Castro	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

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

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

1. Ampliación 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. Madre Pescaíta.
5. Ninguno

Version 13.
-30042024

3. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asistencia control prenatal	Peso de control	Asistencia control preconcepcional	Consejería anticonceptiva	Tamizaje Toxicológico		Vacunación	SIVIT realizado	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								SI	NO			1. HTA, Cardiaca	2.Diabetes	3.Psiquiatrico	4.Quirurgicos de relevancia	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable parto	Semanas de gestación	Peso actual (Kgs)	Talla (cms)	IMC (Bajo peso, peso normal, sobrepeso, obesidad grado I, II, III)	Tamizaje actual	Observaciones

Tipo de embarazo	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Antecedente embarazo anterior (si hubo embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Gestaciones anteriores	Partos anteriores	Historia Gestacional						Estado actual de los hijos		Gestaciones anteriores	Hemorragias maternas	Hemorragias	Preeclampsia o eclampsia severa	Endometritis	Sepsis materna	Cesárea	Periodo intergenésico	Tipo parto	Consejería	Tipo	Oral	Hemoclasificación	Toxicológico
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesáreas		Abortos	Vivos	Muertos															
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																		

Micronutrientes			Plan de vacunación completo?	Sistemas de alarma					Diagnostico de enfermedad cardiaca	Anexos						
Hierro	Acido fólico	Calcio		Signos de alarma en la gestante (amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, hipertensión arterial, preeclampsia)	Características de la mujer gestante (mujer gestante menor de 15 años, mujer gestante mayor de 35 años)	Sangrado vaginal, primera mitad del embarazo	Ruptura prematura de membranas	Disfunción cervical (cerclaje)		Cuestionario Violencia	Consejo Preconcepcional	Salud Bucal	Vacunación	Consejería	Hemoclasificación	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	Prematuro de término	Canes de 0 y 5	Número de veces que asiste a la cita de su edad	Cuidador 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 alimentación 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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Control prenatal desde APS	N° de controles prenatales tardíos	Control odontológico en el primer trimestre	Rx. sospechosa de TBC	Uso oxido nitroso	Aplicación de flúor barniz últimos 6 meses	Control de placa últimos 6 meses	Presencia de hacinamiento	N° Convivientes en casa	Tipo de dieta consumida en la última ingesta (1-2-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula en automático)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										Cereales, tubérculos y otros	Lácteos y leguminosas	Carnes	Alimentos ricos en hierro	Frutas y verduras	Golosinas y otros

EXPERIMENTACION			Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Egresos hospitalarios por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitado en el último año	Presentan cloro tenido de dientes de leche	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	Rendir a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL GPA														C y D	Programas salud escolar	Otro / Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino y Amigo 4. Hogar infantil o comunitario 5. Otro								1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada				

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(Erika)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje vacunal entre los 12 y entre 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 cerveza	Participación en organismos en el barrio o la escuela	Cuidador del joven	Proyecto de vida	Acompañamiento a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Para dentro de rangos de salud)													

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

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

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Consulta de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria EJ (1-4-8)						Remitir a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mariscos	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares	Programa Adolescente	Programa Salud Mental	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Vascular	Observaciones

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Síntomas de malestar	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 en automático)										Licor	N° Cigarrillos al día	EPA	Consulta urgencias

1. SI 2.No 3.No aplica

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

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

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

Prevención universal	Antecedentes Familiares					CRONICAS						Tipo de Consumo consignado en la ficha Clínica FICHA-III						Remite a				
	1.Cáncer de	2.Hipertensión arterial	3.Diabetes mellitus	4.Epilepsia	5.Otros	Obesidad	Hipertensión arterial	Diabetes mellitus	Enfermedad renal crónica	EPOC	Cáncer	1.Consumo de sustancias psicoactivas	2.Consumo de bebidas alcohólicas y otras	3.Fumador	4.Consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillo	5.Ludopatía	6.Otros	Programa de Juventud	Programa de Salud Sexual	Planificación familiar	Consulta	Observaciones

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

Versión 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas control del adulto	Examen de prevención (>= 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en reposo		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Inicio lactancia materna	Semanas de lactancia	Asesoría en salud oral en el último año	Atención odontológica en el último año	Planificación en hombres	Sobrepeso y obesidad	Antecedentes
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Bajo peso, sobrepeso, obesidad)		ALCOHOL	¿Cigarrillo hace un día	DROGA	CAFE	Sistólica	Diastólica									

1.Menos1 2.Entre1y3 3.Entre3y5 4.Mas

Micronutrientes	Antecedentes familiares					ERRORES					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a							
	Tabaquismo	Enfermedad hipertensiva	Diabetes	Enfermedad coronaria	Accidente cerebrovascular	Enfermedad renal crónica	Hipertensión arterial	Diabetes mellitus	Enfermedad coronaria	EPOC	Cáncer hueso, tejidos blandos y piel	Cáncer mama y tejidos blandos	Cáncer próstata	Cáncer pulmón, tráquea y bronquios	Cáncer colon y recto	Cáncer de útero y ovarios	Programa Adulto	Programa Salud Bucal	Programa Salud Mental	Terapia ocupacional	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observ

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Autoriza procesamiento de datos	Consumo de psicoactivos (cualquiera)	Circulación vascular	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje mensual (Edad mensual)	Consumo				Prueba actividad mental		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Síntomas de malestar	Aplicación cuestionario primera vez	Aplicación cuestionario primera vez	Riesgo Social Cognitivo	Remisión de tamizaje
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Bajo peso - sobrepeso - obesidad)		Licor	Nº Cigarrillo día	SPA	Consulta psicología	Sistólica	Diastólica								
1	Mercedes Castro	Sí	—	NO	42	1.49		6	NO	0	NO	SI	140	90	84.	92.		NO	NO	NO	NO	

Autorización de procesamiento de datos	Menopausia	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Familia						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer mama	4.Cáncer útero	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad cerebral vascular	EPOC	1.Carnes rojas, cerdo y otros	2.Frutas y verduras	3.Pescado	4.Carnes aves, huevos, lácteos	5.Lípidos	6.Cereales y derivados	Programa Adulto Mayor	Programa de Salud Bucal	Psicoeducación Familia	Tamizaje Visual	Glucometría	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO.	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

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

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
20/04/2024

Municipio	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Santa Rosa	Cabra 2.	M7 3 C5 4.	

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

Responsable 1: Patricia Quirama Acosta Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar	Nombre de quien recibe la visita	N° telefono contacto
Mª Zuley Castro.	Maria Zuley Castro	3137973734.

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

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuaria permite el ingreso a la vivienda	Usuaria refiere contar con todos los servicios, se observa, buen saneamiento en área cocina. Piso inadecuado en material buena disposición de basuras, se siente triste, con ausencia de familiares.	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 con antecedentes de hipertensión en tratamiento. Remito a salud bucal, riesgo visual, Educo en 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

Lista

.IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Santa Rosa	Urbana		Flora 2	

DATOS DE LA FANILIA					
VIVIENDA	1093	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	1-9-2025				
INGRESO FANILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	4				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Clle 22A #9A 36
TELEFONO	3137613599
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quirama Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87402	LONGITUD	-75.6284
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA									1			
AÑO									2025			

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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)
Aurora	Stephania	Lopez	Ospina.	F	32 años	
Henry	Alexander.	Hurtado		M.	33 años.	
Ian.	Gabriel.	Hurtado	Lopez	M.	5 años	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

IDENTIFICACION		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACION	¿CUANTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACION		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			D.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
Tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				S/N O				SI/NO	Tipo	EPS		Discapacidad SI/NO	Discapacidad cual	Desplazado SI/NO		SI/NO	No. Meses
cc	25.438.421	Gloria	Ines	Ospina	Alvarado	F	5-4-53	72	3	4	7	5	SI	5	04	0	NO	5	[illegible]	NA	NO	NO	3	NO	N/A	0

Tipo de Documento
- Cedula de Ciudadania
- Cedula de Extranjeria
- Pasaporte
- Registro Civil
- Tarjeta de Identidad
- No Tiene

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Tecnico o Tecnologo
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- Regimen Especial

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

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

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

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

TIPO DE VIVIENDA
1.Casa o Apartamento ✓
1.Cuarto
1.Otro tipo
1.Casa Indigena

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

ESTRATO
1.Bajo bajo
2.Bajo
3.Medio bajo ✓
4.Medio
5.Medio Alto
6.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

UBICACION SANITARIO
1.Dentro ✓
2.Fuera
3.No Aplica

AGUA CASERA
1.Sin tratamiento
2.Clorada ✓
3.Filtrada
4.Hervida
5.Clarificación
6.Acoleo

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

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

Estado del piso
bueno ✓
malo

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

CIELO RASO?
SINO ✓
CIELO RASO ADECUADO?
SINO ✓

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, Rásticos
8. Sin Paredes

Grietas en paredes SINO

ESTADO DE LA COCINA
1. Presencia humo de leña
1. Cocina aislada de los dormitorios
1. Cocina aislada del sanitario
1. Tiene nevera
1. 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.Canecas 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 río, caño, quebrada, laguna
6.La eliminan de otra forma

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

Seperado 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 ☒ Nombre de la actividad

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

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA
Consume medicamentos bajo fórmula médica SINO ✓
Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad SINO ✓
¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? SINO ✓

Version 13.
30042024

. ANIMALES

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

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa le dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inútiles? (SI, NO, NIÑA)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que le besen en la boca o tocar sus partes íntimas? (SI, NO, NIÑA)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy cansada 7. Duerme exageradamente bien	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. Se mueve o 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 malvados 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Alguna persona de la casa: 1. Le que sabes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aislando e disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o pesadillas 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 diferente 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 o otras drogas, pelea, insulta, tiene celos 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Requiere intervención psicológica	Observaciones
1	Gloria Ines Ospina	NO	NO	NO	3.	NO	4	NO	SÍ	Se refiere a psic
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso sustancias psicoactivas por parte de los niños	Consultó en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consultó en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consultó en el último mes buscar atención psicológica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontológica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. UPS, Centro o Puesto de Salud	2. Cancha comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Credito	4. Vivienda	5. Zootrópica	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Gloria Ines Ospina	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

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

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

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

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

Version 13.
30042024

I. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Modificación/ cambio del embarazo	Asistencia control prenatal	No. de controles	Suplementación prenatal Hierro	Consejería anticonceptiva	Tamizaje Patológico		Infección	Otro? cuál?	Antecedentes familiares					Acompañamiento Psicosocial	Enlace social									
								A	M			Ninguno	Diabetes	Hipertensión	Preeclampsia	Ninguno		Nombre cuidador responsable	Parentesco cuidador	Número de gestación	Peso anterior (Kgs)	Peso actual (Kgs)	Talla (cms)	IMC (Bajo peso en gestación, peso normal en gestación, sobrepeso en gestación)	Tamizaje mental	Intervención realizada

Tipo de embarazo	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Infecciones gestacionales									Examenes de laboratorio				
	Grupo sanguíneo	Anticuerpos irregulares	Historia Gestacional						Estado actual de los hijos															
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos	Urinarias gestacionales	Hipertensión inducida	Anemia gestacional	Parasitosis gastrointestinales	Gingivitis gestacional	Malaria gestacional	VIH/SIDA	Profilaxis antiretroviral	Tipo de parto	Hemoglobina	CITOLOGIA	VDRL	Hepatitis B	Toxoplasmosis IgG
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Alteraciones			Interrupción del embarazo?	Motivo de interrupción del embarazo					Prevención de accidentes de tránsito	Riesgos						
Alergias	Antecedentes quirúrgicos	Cirugías		Amenaza de aborto (sangrado vaginal, dolor abdominal, contracciones)	Ruptura prematura de membranas (salida de líquido amniótico)	Trabajo de parto, dilatación y borramiento	Muerte fetal (ausencia de latidos cardiacos)	Otra? cuál?		Consumo de cigarrillo	Consumo de alcohol	Salud Bucal	Violencia	Consejería	Planificación	Observaciones

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA GESTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Signos hospitalizacion por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Control de C y D	Número de veces que limpia la boca al día	Cuidado niños y niñas
		Gestante	Mixto	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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consulta primera vez por AIEPI	N. de visitas de atención integral	Control odontológico 6 meses	No. cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor cada 6 meses	Control de placa cada 6 meses	Presentación voluntaria	N° Consultas al año	Tipo de alimento consumido en la dieta (Guía E)(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Determinar en tabla de crecimiento)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTATIVA	AUDICION LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Carne, huevo, leche y pollo	2.Arroz, arepa y tubérculos varios	3.Fruta s	4.Jugos de frutas naturales sin azúcar	5.Libre uso	6.Otros uso y cuales

EXPERIMENTACION			Participación en organización del barrio o la escuela	Ingreso hospitalario o por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitado en el último año	Practicas nivel de riesgo de morir en el hogar	Cuidados niños y niñas	Promueve lactancia materna	Acompañamiento en actividades de tipo laboral	Control C y D	Recibe Zinc en la IRA	Recibe Vitamina A en la IRA	Recibe Sulfato Ferroso en la IRA	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Realiza			
DEL LICOR	DEL COMPORTAMIENTO	DEL CIGARRILLO														C y D	Peligros más cercanos	Otro / Cual	Observaciones
			1. Ninguna 2. En ocasiones 3. Nunca			1. Nunca 2. Algunas veces 3. Siempre	1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro									1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabajo 6. Nada			

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

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(área)

Nº	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	Nº Consumo de cigarrillo al día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organización o red del barrio o la vereda	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Debe tomarse en tercio de semana)													

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

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

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

1.Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabajo 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 E) (14-8)						Remitir a					
					1.Carnes, pescado, vísceras y huevos	2.Hortalizas y legumbres crudas y cocidas	3.Fruta s	4.Cereales, tubérculos y plátanos	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

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Solicitud de medicamentos	Planificación Familiar	Control de planificación mes al último año	Citología vaginal	Examen de prostata	Control odontológico anual último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Rta: dentro de rango de normalidad o anormal)										Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Comida chatarra

1. Si 2.No 3.No aplica

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

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

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

Procedencia anterior	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria SI/NO						Remite a				
	1.Ninguno	2.Hipertensión arterial	3.Cardiopatía isquémica	4.Diabetes	5.Otros	Diabetes	Hipertensión arterial	Obesidad grave	Enfermedad renal crónica	EPOC	Cáncer	1.Carnes, pescado, huevos, cuajada y yogurt	2.Harinas y tubérculos como papa, yuca, arepa	3.Frutas	4.Verduras, hortalizas, legumbres crudas y cocinadas	5.Azúcares	6.Grasas y aceites	Programa crecimiento y desarrollo	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Citología	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas control del adulto	Elemento vio prioridad en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Al día movimientos intestinales	Consumo de				Posición urbanidad en medio		Permanente ambulatorio	Permanente de cuidado	Indice cintura cadera	Dolores de movimiento	Asiste al odontólogo en el último año	Asistencia planificación en los últimos 5 años	Inscritos en familias	Examen de sangre	Autocuidado
					PESO (KG)	TALLA (cms)	IMC (Bajo peso, Normal, Sobrepeso, Obesidad)		Licor	Nº Cigarrillos/día	SPA	Cuanto tiempo	Sitio de	Dirección								

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

Nº consecutivo de	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Plantea						
	1.Cáncer de	2.Hipertensión	3.Diabetes	4.Enfermedad	5.Ninguno	Diabetes	Hipertensión	Epilepsia	Enfermedad mental	Asma	1.Carnes rojas, vísceras, huevos, leche y productos de	2.Frutas, verduras y legumbres crudas	3.Frutas	4.Jugos naturales, gaseosas, bebidas azucaradas y	5.Lácteos	6.Cereales y harinas	Programa Adulto	Programa Salud Oral	Planificación familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Otros

HCL [illegible] ATENCION PRIMARIA EN [illegible] UIB
Secretaría de Salud Departamento de Rosario del

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	Autoreferencia pertenencia étnica	Edad en años cumplidos al momento de la atención	Circunferencia cintura	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: PESO (Kgs)	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: TALLA (Cms)	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: IMC (Peso (kg) / talla (m)²)	N° de hijos/as nacidos vivos	Consume: Licor	Consume: Tabaco (cigarrillos/día)	Consume: Drogas	Consume: Consejería en Cesación de Consumo de Tabaco	Presión arterial en reposo: Sistólica	Presión arterial en reposo: Diastólica	Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Reflejos de rotulianos	Aumento de consistencia ganglios axilares	Adenomegalia palpable en el cuello	Plan Nacional de Vacunación	Derivado de tomografía
25138 VEJ	Olonia Ines O.	NO	NO	NO	53	1.40	0	2	NO	0	NO	SI	120	80	80	92	0	NO	NO	NO	NO	NO

Autoreferencia étnica	Alfabetismo	Antecedentes familiares: 1-Diabetes mellitus	Antecedentes familiares: 2-Hipertensión arterial	Antecedentes familiares: 3-Cardiopatía isquémica	Antecedentes familiares: 4-Cáncer de mama	Antecedentes familiares: 5-Otros	VACUNAS: Difteria y tétanos adulto	VACUNAS: Hepatitis B	VACUNAS: Doble viral	VACUNAS: Triple viral	VACUNAS: COVID	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 1-Carnes rojas, pollo, cerdo y otras	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 2-Huevos, leche y productos lácteos	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 3-Frutas	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 4-Cereales, legumbres y tubérculos	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 5-Aceite	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 6-Grasas, pan y dulces	Remite a: Programa Adulto Mayor	Remite a: Programa Salud Mental	Remite a: Plan de Cesación Tabáquica	Remite a: Taller de Vida Vital	Remite a: Otro sitio	Remite a: Equipo de primer nivel de atención	Observaciones
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

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

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Santa Rosa de Cabal	La Flora 2.	Clle 22A # 9436.	202568.

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

Responsable 1: Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 3:
Profesional Química Acevedo		

Nombre del Jefe del Hogar	Nombre de quién recibe la visita	N° teléfono contacto
Gloria Ines Ospina	Gloria Ines Ospina	3137613599.

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

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuario no permite el Ingreso a la vivienda.	Refiere tener Todos los servicios publicos cuenta con buena disposición de residuos, con tenencia de una mascota, un perro, vacunado desparasitado, y Esterilizados, Refiere que Hora Mucho, con buena disposición de basura con apariente ambiente social adecuado.	A M B	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Adulto con Diabetes y Dislipidemia	Usuaria refiere que participa de la atención de su EPS se remite al programa de Adulto Mayor, salud bucal, tamizaje visual y ruta de Promoción y Mantenimiento,	A M B	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

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

Consulta Externa

TEMA: Realizar caracterización social y ambiental en los entornos de vida cotidiana con enfasis en el entorno social y hogar

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Patricia Viviana Acevedo. EPSS: HSVP.

MES: Septiembre · 2025 LUGAR: La Flora. 2.

	DÍA	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO		IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	PROGRAMA PROTECCIÓN ESPECIFICA, DEMANDA INDUCIDA														FIRMA	CUMPLIO	
			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	Autoexamen de Seno	Mamografía		SI	NO
113	22	Carmen Julia Moreno		✓	25163306	3147193432					✓		✓		✓								
114	22	Pedro Andres Cifuentes		✓	1093227812	3236043935					✓		✓		✓								
115	22	Marleny Ramirez.		✓	25157693	3163038033					✓		✓								Marleny RH		
116	22	Madeleine Bautista		✓	CC 1089383322 Garcia Ramirez	3108410212			✓			✓	✓	✓							Madeleine G. No firma		
117	22	Socorro Giraldo Patiño		✓	CC 29067872	3208421932					✓				✓						No firmo		
	TOTAL																						

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

Consulta Externa

TEMA:

NOMBRE DEL RESPONSABLE:

EPS:

MES:

LUGAR:

DÍA	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO		IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	PROGRAMA PROTECCIÓN ESPECÍFICA, DEMANDA INDUCIDA														FIRMA	CUMPLIO	
		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																						

DEMANDA INDUCIDA Y EDUCACIÒN EN SALUD

Código:	FOR-0003-011
Versiòn:	1

Consulta Externa

TEMA: Realizar caracterizaciòn social y ambiental en las entornos de vida cotidiana con enfasis en el entorno social y hogar.

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Patricia Arango Acevedo

EPSS: HSVP

MES: Septiembre 2025

LUGAR: La Flora 2

	DÍA	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO Masculino	SEXO Femenino	IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	PROGRAMA PROTECCIÓN ESPECIFICA, DEMANDA INDUCIDA: Vacunas	Crecimiento y Desarrollo	Atención al Joven	Embarazadas	Adulto Mayor a 45 años	Planificación	Salud Oral	Citologías	Salud Visual	Puerperio	Recien Nacido	Crónicos	Autoexamen de Seno	Mamografía	FIRMA	CUMPLIÓ SI	CUMPLIÓ NO
108	22	Leidy Martinez Gomez		X	1093219296.	3125706704									✓						xleidy martinez		
109	22	Luz Dary Rivera.		X	25153001	3206187213									✓						xluz Dary Rivera		
110	22	Jairo Cardona B.	X		18594141	3127603771									✓						xjairo Cardona		
111	22	Jose Aurelio Garcia	X		75030619.	3234454623					✓		✓		✓						xAURELIO GARCIA		
112	22.	Maira yaneth Londoño.		X	25161115.	3117463601									✓						xMYaneth	LO	
	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	Autoexamen de Seno	Mamografía		SI	NO
TOTAL																						

454

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

Consulta Externa

TEMA: Realizar. caracterización. social y ambiental. en los entornos de vida cotidiana. con enfasis en el. entorno salud. y Hogar.

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Patricia Quiroga Acuña

EPSS: HSVP.

MES: Septiembre 2025

LUGAR: La Flora 2.

	DÍA	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO Masculino	SEXO Femenino	IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	PROGRAMA PROTECCIÓN ESPECÍFICA, DEMANDA INDUCIDA: 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	FIRMA	CUMPLIO SI	CUMPLIO NO
103	A	Ana Tulia Avila H.		X	46 644 897	3670509710					/		/		/				/		Ana		
104	A	Nidia Florez C		X	25175384	3172914232					/				/				/		Nidia Flor C.		
105	A	Nadira Cecilia Cromo		X	25019318	3137149976					/								/		Nadira C.		
106	A	Amparo Rendon		X	24886378	3107718445					/										Amparo Rendon		
107	A	Beatriz Arroyo		X	25160107	3107718445					/										Beatriz	H	
	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	Autoexamen de Seno	Mamografía		SI	NO
TOTAL																						

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

Consulta Externa

TEMA: Realizar. caracterización social. y ambiental en los entornos de vida cotidiana. con énfasis en el entorno social. y Hogar

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Patricia Olivares Acevedo.

EPS: HSVP.

MES: Septiembre 2025.

LUGAR: 1a Flora 2.

	DÍA	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO		IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	PROGRAMA PROTECCION ESPECIFICA, DEMANDA INDUCIDA														FIRMA	CUMPLIO	
			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	Autoexamen de Seno	Mamografía		SI	NO
98	A	Maria Graciela Patron		x	25156287	3008837065					✓								/	/	¿María		
99	A	Dilly Jhoana Arias		x	1093230194	3008837065			/										/		x dilly		
100	A	Magnolia Grajales		x	29642617	3135814431					✓							/			magnolia		
101	A	Jose Manuel Arango	x			3137761283									/			/					
102	A	Angel Mio Gomez		x	25165955	3162932234					✓				/						x Angel Mio Gomez		
	TOTAL																						

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	Autoexamen de Seno	Mamografía		SI	NO
TOTAL																						

	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 cotidianos. con enfasis en el entorno salud y trabajo.

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Patricia Olivares Acevedo

EPSS: HSVP.

MES: Septiembre 2025

LUGAR: La Flora.

DÍA	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO		IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	PROGRAMA PROTECCIÓN ESPECIFICA, DEMANDA INDUCIDA														FIRMA	CUMPLIO	
		Masculino	Femenino			Vacunas	Crecimiento y Desarrollo	Atención al Joven	Embarazadas	Adulto Mayor a 45 años	Planificación	Salud Oral	Citologías	Salud Visual	Puerperio	Recien Nacido	Crónicas	Autoexamen de Seno	Mamografía		SI	NO
1	Dafy Milena Salazar.		✓	1087489854.	3214249836	.				✓		✓		✓	.					Milenas.		
TOTAL																						

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	Puerpero	Recien Nacido	Crónicos	Autoexamen de Seno	Mamografía		SI	NO
TOTAL																						

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

Consulta Externa

TEMA: Realizar capacitación social y ambiental en los entornos de vida cotidiana con énfasis en el entorno social y hogar

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

MES: Septiembre 2025 LUGAR: La plata.

	DÍA	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO		IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	PROGRAMA PROTECCIÓN ESPECIFICA, DEMANDA INDUCIDA														FIRMA	CUMPLIO	
			Masculino	Femenino			Vacunas	Crecimiento y Desarrollo	Atención al Joven	Embarazadas	Adulto Mayor a 45 años	Planificación	Salud Oral	Citología	Salud Visual	Puerpero	Recien Nacido	Crónicos	Autoexamen de Seno	Mamografía		SI	NO
92	1	Luz stella Morales		X	25157473	3214299364							✓	✓	✓			✓			x Luz Stella Morales		
93	1	Lucicha Hurtado		X	25166062.	3575339					✓	✓	✓								Lucidia Hurtado		OSO
94	1	Maria Zulay Garcia		X	25162966.	3148599266							✓	✓	✓						x Zulay		
95	1	Rosa Maria Garcia		X	25149475	3134287090							✓		✓						x Rosa G. Luz marina Hurtado		
96	1	Luz Marina Hurtado		X	25163.674	3245472338							✓	✓							x luz marina Hurtado		
	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	Recién Nacido	Crónicos	Autoexámen de Seno	Mamografía			SI	NO
TOTAL																							

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

Consulta Externa

TEMA: Realizar caracterización social y ambiental en los entornos de vida cotidiana, con énfasis en el entorno: Social y Hogar.

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Patricia Viviana Acevedo. EPSS: HSVP.

MES: Septiembre 2025 LUGAR: La Flora 2.

	DÍA	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO		IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	PROGRAMA PROTECCION ESPECIFICA, DEMANDA INDUCIDA														FIRMA	CUMPLIO	
			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
87	1	Gloria Ines Ospina.		✓	25.158.421.	3137613599					✓		✓		✓						Gloria Ospina		
88	1	Maria Zuley Castro		✓	25.154.439.	3137193784					✓		✓		✓						Maria Zuley Castro		
89	1	Isabel Cristina		✓	10.93214.223	3218821522					✓		✓		✓						Isabel Cristina Valencia		
90	1	Cindy Yuliana.		✓	1093216985	3135730427															Cindy Portota		
91	1	Ana. Maria		✓	25.165429.	3104053444					✓				✓						Ana Maria Duque R.		
	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 INTERVENCION... INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 386 - 2025

Código:	FOR-0063-003
Versión:	2

025 AÑO	ESTRATEGIA O PROGRAMA	APS. de concientización social y ambiental en los entornos de vida cotidiana con enfasis en el entorno social-hogar.

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
...n social y ambiental en los entornos con enfasis en el entorno - hogar.	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			
	Martinez Gomez	cc	1093219296	S	ST	U	C	B	NA	Mz 4 casa 29 La flora	x Yeny Martinez
	Rivera de Haim	cc	25153001	S	Aliansalud	U	C	B	NA	MZ 5 A - CS 19. La flora 2	x Juez Day Rivera de H.
	Cardona B.	cc	18594141	S	S.I	U	C	B	NA	MZ5 CS82 25	x Mario Cardona
	García	cc	750306 19.		No tiene	U	C	B	NA	MZ5 CS 81 Flora 2.	x AURELIO GARCIA
	Londoño.	cc	25161115.	S	Aliansalud	U	C	B	NA	MZ5 CS 33 Flora 2.	x MYaneth Londoño

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OB
1			07-09-1990	3125706704	35 años.
2			09 07 1975	3206187213	72 años.
3			19-3-1967	3127603771.	58 años.
4			07-09 1962	3234454623	63 años
5			25-01-1966	3117463601	59 años.
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

PLAN DE INTERVENCIO[illegible] INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 306 - 2025

Código:	FOR-0063-003
Versión:	2

025 AÑO	ESTRATEGIA O PROGRAMA	APS. de concientización social y ambiental en los entornos de vida cotidianos con enfasis en el entorno social - hogar.

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
ción social y ambiental en los entornos con enfasis en el entorno - hogar.	Patricia Olivares Alcendo.	Comunitario.

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
	Morales Acevedo Yeiver	CC	25153306.	S	Sanitas	U	C	B	NA	MZ 5 CS 22 Flora 2.	Yeiver Morales Acevedo
	Cifuentes Cano	CC	1093227812.	S	Sanitas	U	C	B	NA	Cll 21 Mz n. 19-45	Paola
	Ramirez Hernandez	CC	25159673.	S	Sanitas	U	C	B	NA	La Flora MZ 5 CS 39.	Marleny RH
22.	Gomis Ramirez	CC	1089.383.321.	S	Famisanar	U	C	B	NA	MZ 6 CS 22 Flora 2.	Madeleine G. No firma
	Giraldo Pinto	CC	29067872.	C	SI	U	C	B	NA	La Flora 2 MZ 4 CS 48	No Firma.

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBS
1			17-7-1953	3147193432	72
2			20-3-1996	3236043535	29.
3			18 03 1964.	3163038053	61
4			23 06 1997	3106840217.	18
5			16-06-1945	3208421932	79.
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

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

2025 AÑO	ESTRATEGIA O PROGRAMA	APS de construcción social y ambiental en los entornos de vida cotidiana con enfasis en el entorno social - hogar.

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
...rización Social y ambiental en los entornos ... con enfasis en el entorno hogar.	Patricia Quevedo. Asesora.	Comunitario

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
...jela	Pavon García	CC	25156289	S	AS	U	C	B	NA	Flora Hz3C 4	Maria gracie...
...na	Ana Martinez	CC	1093230994	S	AS	U	C	B	NA	Flora2 Hz 3C5	
	Grajales de Arenas	CC	24692617	S	AS	U	C	B	NA	Flora2 Hz 3C40	magnolia
...el	Arango Osorio	CC		S	ST	U	C	B	NA	Flora B C 37.	
	Cano Ana...	CC	25165951	S	AS	U	C	B	NA	Flora2 H7 4 C15	Angel Dragon...

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBS
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

PLAN DE INTERVENCI... INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL ...LAN DE SALUD TERRITORIAL	Código:	FOR-0063-003
CONTRATO No. 306-2025	Versión:	2

025 AÑO	ESTRATEGIA O PROGRAMA	APS. de concientización social y ambiental en los entornos de vida cotidiana con enfasis en el entorno social – hogar.

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
...Social y ambiental en los entornos con enfasis en el entorno hogar.	Patricia Viviana Acevedo	Comunitaria

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
	Arcida Hincapie	Pe	46644 897	S	NE	U	C	B	NA	Mz 3 C 35 Flora 2	Arcida
	Florez Cuervo	CC	25 175384	S	ST	U	C	B	NA	Mz 41 A #19 Flora 2	Florez Cuervo
	Gomez Gaviria	CC	25019318	C	AJ	U	C	B	NA	Flora 1 Mz. LC 21	Gomez G.
...ano	Rendon Londoño	CC	24386378	S	NE	U	C	B	NA	Flora 2 Mz 4 C 28	Rendon
...)	Henao Garcia	CC	25160107	S	NE	U	C	B	NA	Flora 2 Mz 4 C 28	Beatriz H.

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OB
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

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

CONTRATO No. 306 - 2025.

Código:	FOR-0063-003
Versión:	2

AÑO 2025	ESTRATEGIA O PROGRAMA	APS de caracterización social y ambiental en los entornos de vida cotidiana. Con enfasis en el entorno social - hogar.

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
- social y ambiental en los entornos de - Con enfasis en el entorno - hogar.	Patricia Olivares Acevedo	Comunitaria.

	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
		TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
1	Salazar Arcos	CC	1087487894	C	NP	U	C	B	NA	Mz 4 CS Piso 1.	Amilena S.

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OB
1			3-04-1991.	3214244326	24 años
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

PLAN DE INTERVENCIO. S INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 396-2025

Código:	FOR-0063-003
Versión:	2

AÑO 2025

ESTRATEGIA O PROGRAMA: APS de comunicación social y ambiental en los entornos de vida cotidiana con enfasis en el entorno social-hogar.

TEMA: ción social y ambiental en los. o cotidiana con enfasis en el entorno

PROFESIONAL RESPONSABLE: Patricia Romero Acevedo

TIPO ACTIVIDAD: Comunicación

APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
	TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
Ospina Alvarado	CC	25158421	S	positiva	U	C	B	NA	Cll 22A # 9A-36.	Gloria Ospina Alvarado
Otro	CC	25.154.439.	S	NSP	U	C	B	NA	La flora 2 MZ 3 CS 4.	María Fabiola Cadavid
Volunta cano	CC	15.93 24723	S	positiva	U	C	B	NA	La flora. 2 MZ 3 CS 2	
Hurtado Betancourth	CC	1093216985			U	C	B	NA	MZ3 CS42. flora 2.	Brandy Hurtado
Londoño Hernandez.	CC	25.165429.	C	NSP	U	C	B	NA	MZ4. CS8 Apto 2 B flora	

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OB
1			5-04-1953	3137613599.	72 años
2			19-08-1955	3137198734.	70 años
3			16-03-1987	3218821522.	38 años
4				3135730427.	36 años
5			20-10-1971	3104053444.	53 años
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

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

CONTRATO No. 306-2025

Código:	FOR-0063-003
Versión:	2

025 AÑO	ESTRATEGIA O PROGRAMA	APS. de Caracterización social y ambiental en los entornos de vida cotidianos. con enfasis en el entorno social - hogar.

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
Social y ambiental en los entornos con enfasis en el entorno - hogar.	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			
	Morales Mejia	cc	25157 473	S	AS	U	C	B	NA	La flora 2 Mz 3 casa 8.	Luz Stella Morales
	Hustado Osorio	cc	25166062	S	[illegible]	U	C	B	NA	la flora 2 Mz 3 Casa 6	Lucidia Hurtado Osorio
	Gaviria Betancur	cc	25162966.	S	Nep	U	C	B	NA	La flora 2 Mz 3 casa 1	Sula V Gaviria
	Garcia	cc	25149475	S	AS	U	C	B	NH	La flora Mz 3 casa 41 primer piso	Rosamaria garcia
tado	Hustado	cc	25163.674	S	Nep	U	C	B	NA	La Flora Mz casa 41 segundo piso	Luz marina Hurtado

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OB
1			17-Agosto-1961	3214299364	64 años.
2			10-01-1968	3575339	57 años.
3			— 11	— 11	—11—
4			08-12-1927		97.
5			25-08-1968	3245472338	57
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					