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		Bulevar del Lago	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Viviana Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.8777	LONGITUD	-75.61903
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA

VIVIENDA	2025 125	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	24-10-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	3				

DATOS SISBEN

FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Cll 25 76-75
TELEFONO	3643945
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA										24		
AÑO										2025		

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

2. PERSONAS AUSENTES

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	SEXO – (M/F)	EDAD Unidad (días / meses / años)	ESTADO – (Activo/Inactivo)
Viviana		Lopez	Ramirez	F.	23	
Juan	David	Murillo	Lopez	M.	7	

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR — Versión 3 30/04/2024

Municipio:	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Santa Rosa	Bulevar del Café	Clle 25 # 6 - 75	

	V1 DIA	V1 MES	V1 AÑO	V2 DIA	V2 MES	V2 AÑO	V3 DIA	V3 MES	V3 AÑO
	24	10	2023						
Responsable 1:	Patricia Quintero Acevedo								
Responsable 2:									

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Javier Andres Hurtado Ortiz	Javier Andres Hurtado Ortiz	3647945

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se (construyo) realizo visita de caracterización e identificación de la familia en el entorno hogar.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Vivienda no permite el ingreso	no permite el ingreso a la vivienda, refiere tener todos los servicios públicos, falta disposición de basuras, se observa buen estructura física, con fisuras de vivienda, refiere cocina uso de la comunal.	A ✓ M B	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Sano	Usuario refiere Sentirse Sano no refiere enfermedades de base, acorde al progreso del sobto mayor, ingiere adecuadamente comunal. Educo en hábitos saludables	A M ✓	A M B	A M B

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	☐



Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistencia programas control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula solo automá		Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								

Autoexamen de seno	Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Sentirse de maltrato	Asesoría al adulto en el último año	Asistencia Planificación Familiar en el último año	Planificación Familiar	Examen de testículo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)		Licor	Nº Cigarrillos al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica									
(CC 1088316	Jackeline Habib	NO	NO	1	63	1.69		4.	si	0	no	si	120	80	87	100		NO	no	no	no	no	—

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

Manzana/Sector	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
	1.Diabetes	2.Hipertension	3.Colesterol	4.Cancer	5.Otro	Diabetes	Hipertension	Discapacidad mental	Enfermedad renal	EPOC	1.Carnes, pescado, huevos y pollo	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumbres secas y	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
-	no	no	no	no	no	no	no	no	no	no	89	Si	si	si	si	si	✓	✓	no	✓	no	Si	

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

Version 13.
30042024

I2. JUVENTUD - 18 A 28

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

1. SI 2.No 3.No aplica

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

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

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

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria EJ.(1-4-6)						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumino sas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos legumino sas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Observaciones

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI NO)

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

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

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

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al 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 E(1-4-6)						Remitir a					Observaciones
					1.Cereales, raices, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumin osas verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumin osas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	

HCF 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				Conoce prácticas claves AIPEI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico primero 6 meses	No capitados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor últimos 6 meses	Control de placa últimos 6 meses	Presencia de maltrato	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de automá	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta s	4.Carnes, huevos leguminosas secos y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces

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

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

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

Tiempo en meses

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

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

8. GESTANTES

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asiste a control prenatal	No. de controles	Asiste a curso psicoprofilactico	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT acelular	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preclampsia	4.Gestación múltiple	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo se calculará automáticamente cuando se digiten el peso y la talla)	Tensión arterial	Movimientos fetales

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

Micronutrientes			Por qué no los toma?	Síntomas de alarma					Presencia de síntomas de alarma	Remitir a						
Hierro	Acido fólico	Calcio		Salida de líquido vaginal (sensación de líquido amniótico)	Disminución de movimientos fetales (después de que las empiece a sentir)	Sensación de hueso o pinza, dolor de cabeza constante	Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies	Dolor de cabeza persistente		Control Prenatal	Curso Psicoprofiláctico	Salud Bucal	Vacunación	Citología	Planificación	Observaciones

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

o.	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio, SI / NO	Se relaciona con sus vecinos, SI / NO	Uso espacios comunitarios por parte de los niños	Consideró en el último mes buscar atención médica, SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención odontológica, SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención psicologica, SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes, SI / NO	Ha asistido a consulta odontologica en el último mes, SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Casa la comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Oración	4. Veeduría	6. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Javier A. Hurtado	no	no	si	si	si	no	no	si	si	no	no	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?	Pertenecen al programa

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

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

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción.
3. Juntas de Acción Comunal.
4. Media Pensión.
5. Ninguno

5. ANIMALES

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

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

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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

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.Asoleo

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

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

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

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

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

Estado del piso
bueno ✓
malo

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

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

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

CIELO RASO?
SI/NO NO
CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO

Estado del techo
bueno ✓
malo

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

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

Grietas en paredes SI/NO 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.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 SI

Separado de la Fuente SI

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	
Pólvora		Plaguicidas	
Agroindustrial		Adecuado	

OTROS DATOS ADICIONALES

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

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA

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

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

3. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

	IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
	tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI/N o				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
1	cc	1049918316	Javier	Andres	Hurtado	Ortiz	M	19-9-96	30	3	1	1	2	Si	16	1	0	Si	C	NSP	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

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

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas controlvida asistio	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo calcula de forma automa	N. de horas de actividad física semanal	Consume de: Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra	Presión arterial en mmhg: Sistólica	Diastólica	Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asiste al odontólogo en el último año	Aplicado Abreviral en familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de Detección
	Miriam Patricia Ocampo.	Si No	—	No	85	1.67.		1	no	0	no	no	140	90	122	101.		No	no	Si	no	—

Antecedente oftalmológico	Mamografía	Antecedentes familiares: 1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer	4.Cáncer	5.Otros	CRONICAS: Diabetes	Hipertensión	Displidemia	Enfermedad renal	EPOC	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 1.Carnes, res, pescado, cerdo	2.Hortalizas, leguminosas, verduras	3.Frutas	4.Cuajo, huevos, leguminosas	5.Lácteos	6.Granos x Cereales	Remitir a: Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Plan con Familia	Tamizaje Visual	Citología	Ruta materno perinatal y/o manejo	Observaciones
Si	Si	Si	No.	no	no	no	no	✓	No	no	no.	si	si	si	si	si	No	no.	✓	no	✓	Si	Si	

Tirados

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmhg		Perímetro abdominal	Perímetro de cuadera	Indice cintura cadera	Signos de maltrato	Asiste al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo	Autoexame
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se halla de forma automá		Licor	N° cigarrillos al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica									

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

Manejo actual	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Displidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, lácteos, secos y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Plan con Familia	Tamizaje Visual	Ciclo gis	Ruta de promoción y mantenimiento	Observ

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

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N° de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula o automát										Licor	N° Cigarri llos Al día	SPA	Comida chatarra

1. Si 2.No 3.No aplica

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

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

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

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria El (1:4:6)						Remitió a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cardiopatía	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, tubérculos y/o plátano	2.Frutas y/o legumbres verdes	3.Fruta	4.Carnes, huevos, legumbres y/o frutos secos	5.Lácteos	6.Grasas y/o dulces	Programa Joven	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Crónicos	Observaciones

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI NO)

Nº	HOMBRES 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	Nº Consumo de cigarrillo al Día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organización es del barrio o la escuela	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo es calcula do automá													

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

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

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	No. cepillados al día	Uso soda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej: (1-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raices, tuberculos y Platanos	2.Hortalizas y legumin osas verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos legumin osas secas y mezclas	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

HOJA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	HOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce prácticas clave AIEPI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico últimos 6 meses	No. cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación flúor últimos 6 meses	Control de placa últimos 6 meses	Presencia de maloclusión	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y verduras	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces

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

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

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

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

Tiempo en meses

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

¿Recibe almuerzo o refrigerio en guarderia o escuela?	Consulta 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 SAL
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

3. GESTANTES

No.	HOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual: planeado	Planificación al momento del embarazo	Asiste a control prenatal	No. de controles	Asiste a curso psicoprofilactico	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT bacilar	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preclampsia	4.Gestación multiple	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs)	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo se calculo automaticamente cuando se digite el peso anterior y el actual)	Tensión arterial	Movimientos fetales

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

Micronutrientes			Por cuántas semanas tomar?	Síntomas de alarma					Presencia de síntomas de alarma	Remitir a						
Hierro	Acido fólico	Calcio		Salida de líquido vaginal o (sensación de liquido amniótico)	Disminución de movimientos fetales (despues de que las empiece a sentir)	Sensación de fiebre o dolor en el abdomen	Hinchazón (edema) en la cara o Hinchazón exagerada de los pies	Dolor de cabeza persistente		Control Prenatal	Curso Psicoprofilactico	Salud Bucal	Vacunación	Citologia	Planificación	Observaciones

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 barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso espacios comunitarios por parte de los niños	Consideró en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención psicologica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos o organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Caseta comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Oración	4. Veeduría	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Miriam P. Ocampo	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	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?	Pertenecen al programa

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

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

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

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

5. 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 lo besen en la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se asea 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otra grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o mantiene con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Miriam P. Ocampo	NO	NO	NO	2	NO	0	0	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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

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.Asoleo

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

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

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

ESTADO DE LA COCINA
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

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

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

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

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

Estado del piso
bueno ✓
malo

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

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

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

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

CIELO RASO?
SI/NO SI

CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO 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.Fila Publica
7.Carro tanque
8.Aguatero
9.Donación

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

Grietas en paredes SI/NO

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

Separado de la Fuente SI

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

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

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 doméstico/cuidandero 17.Pariente servicio doméstico/cuidan

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No. APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado SI/NO		SI/NO	No. Meses
cc	24182818	Miriam.	patricia.	Ocampo	Suarez.	F	29-1-67	58	3	1	2	2	si	3	4	8	si	S	ASM	NA	No	no	N	NO	NA	0	0

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- Técnico o Tecnológico
4- Universidad
5- Posgrado 0 - Ninguno

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

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

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

Por enfermedad, accidente o nacimiento tiene alguna de las siguientes condiciones de Forma permanente
1- Ceguera Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para moverse o caminar por 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- Psicológica
2- Accidente Laboral
3- Accidente de Tránsito
4- Enfermedad Profesional
5- Violenta
6- Desconocido

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

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

Version 13.
30042024

2. PERSONAS AUSENTES

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	SEXO – (M/F)	EDAD Unidad (días / meses / años)	ESTADO – (Activo/Inactivo)
Gabriel		Naranjo	Naranjo	M	7 años	
Erika	Yolanda	Naranjo	Ocampo	F	28 años	
Lasso	Kueus	Franco Nara	Naranjo	F	12 años	

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	1	Bulevar del Oso	38J-L

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Viviana Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87776	LONGITUD	-75.61886
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 124	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	24-M-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	2				
No. De Personas de la Familia	4				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Clle 25 #6-55 P1
TELEFONO	3113698471
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA										24		
AÑO										2025		

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
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.	Bulevar del café	Cle 25 # 6-55 piso 1	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	29	10	2025.	V2				V3			

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

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Gabriel Arroyo Arroyo	Miriam P. Ocampo Suarez	3113698471.

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

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuaria no Permite el ingreso a la vivienda	Refiere contar con Todos los Servicios públicos, con buena disposición de basuras con tenencia de mascotas, refiere que siente no se puede quedar quieta.	A M B	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	HTA Dislipidemia Tiroides	Usuaria refiere tener de base. Riesgos - HTA y Dislipidemia asiste a consultas generales. Remito a. programa salud bucal. Papanicolaou vaginal y Citología. Educo en hábitos saludables	A M B	A M B	A M B

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		Bulevar del Cafe	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Daniela Quirama Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87783	LONGITUD	-75.61867
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 123	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	24-10-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Bulevar del cafe. Clle 25 # 6-27 1er
TELEFONO	3106936673.
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA										24		
AÑO										2025		

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

pdte a crear Historia en HSVP

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)
luis	Alberto	Robledo	Norato	40 M	40 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 doméstico/culdandero 17.Pariente servicio doméstico/cuidan

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No. APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL				P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado	Discapacidad		Desmovilizado			
																					SI/NO	cogas	tipo	SINO	SINO/NA	SINO	Nu. Meses
PPT	6333705	Luisa	Mona	Monroy	Berna	F	01-08-79	46	3	1	2	2	SI	16	4	0	NO	S.	NGP	NA	NO	NO	NO	NO	NA	NO	0

o 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- Técnico o Tecnológico
4- Universidad
5- Posgrado 0 - Ninguno

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

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

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

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

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

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

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

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 4

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

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

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

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

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

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 SI
2. Cocina aislada de los dormitorios NO
3. Cocina aislada del sanitario NO
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 rio, caño, quebrada, laguna
6.La eliminan de otra forma

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

Separado de la Fuente SI

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	0		NO		NO
TOS	2	1	1	1	0				Caracol africano SI/NO
IINOS	NO	AVES	NO	PORCINOS	NO				NO
ROS		CUALES:							

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

* Cambio de humor recurrente

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 barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso espacios comunitarios por parte de los niños	Consideró en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención psicológica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Caseta comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Oración	4. Veeduría	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Luisa Fda Monroy	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	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		Otro ? Cual?	Pertenecen al programa

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

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

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción.
3. Juntas de Acción Comunal.
4. Media Pensión.
5. Ninguno

3. GESTANTES

Version 13.
30042024

No.	HOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asiste a control prenatal	No. de controles	Asiste a curso psicoprofilácticos	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT acelular	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual									
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Prodisposición	4.Gestación múltiple	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso actual (kgs)	Peso inicial (kgs)	Talla (cms)	I.M.C. (Este se calcula automáticamente cuando se ingresa el peso y la talla)	Tensión arterial	Movimientos fetales

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

Micronutrientes			Por cuanto los toma?	Síntomas de alarma					Proceso de síntomas de alarma	Remite a						
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de líquido vaginal (sangrado o líquido amniótico)	Disminución de movimientos fetales (después de que los sintió antes)	Sensación de pujos, dolor en la boca del estómago	Hinchazón (edema) en la cara o Hinchazón exagerada de los pies	Dolor de cabeza persistente		Control prenatal	Curso Psicoprofiláctico	Salud Bucal	Vacunación	Citología	Planificación	Observaciones

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

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

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

Tiempo en meses

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

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

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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce prácticas clave AIEPI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico últimos 6 meses	No cepillado al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor últimos 6 meses	Control de placa últimos 6 meses	Presencia de maltrato	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula automa	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Fruta s	4.Carnes, huevos, leguminosas secos y	5.Lácteos	6.Grasas y aceites

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

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

Version 13.
30042024

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje Visual a los 12 y a los 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de Horas de actividad física semanal	Nº Consumo de cigarrillo al Día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organización del barrio o la escuela	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula automá													

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

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

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

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

Control ordenado con los últimos 6 meses	No copilados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria EJ.(1-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raices, tubérculos y platanos	2.Hortalizas y legumin osas verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos legumin osas secas y mezcla	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

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

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

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

1. Si 2.No 3.No aplica

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

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

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

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria El.(1-4-5)						Remitido a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cardiopatía	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Cardiopatía	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Huevos, leguminosas secas y procesados	3.Frutas	4.Carnes, incluyendo vísceras	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Joven	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Citología	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº PPL	HOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa control del adulto	Examen de prostata en los ultimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automa	N. de horas de actividad física semanal	Consumo de: Licor	N° cigarrillos al día	SPA	Comida a gusto	Presión arterial en mmHg: Sistólica	Diastólica	Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Indice cintura cadera	Signos de maltrato	Abuso de adolescentes con el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo	Anticoncep
6333905	Linsa Manday	NO	—	SI	88	169		0	NO	0	NO	SI	120	80	109	129		NO	SI	NO	SI	—	NO

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

Mamografía	Antecedentes familiares: 1.Diabetes	2.Hipertension	3.Cardiovascular	4.Cáncer	5.Cerebrovascular	CRONICAS: Diabetes	Hipertension	Displidemia	Enfermedad renal	EPOC	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 1.Cereales, raices, tubérculos y platanos	2.Hortalizas, legumbres y frutas	3.Frutas	4.Carnes, huevos, lacteos y sustitutos	5.Lacteos	6.Grasas, azucares y bebidas	Remitir a: Programas Adulto	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta Promoción y Mantenimiento	Obser
NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	✓	✓	NO	✓	NO	SI	

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

FICHA MILIAR ATENCION PRIMARIA EN SA (D)
Secretaría de Salud. Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas comunitarios adulto	Examen de mama en los ultimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asiste al odontólogo en el último año	Asistencia enfermería en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automá		Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Consumo Chicle	Sistólica	Diastólica								

Autoexamen testicular	Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remite a						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Carnes rojas, pollo y huevos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Cereales y tubérculos	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Tamizaje Visual	Ciclo BIS	Ruta de crecimiento y desarrollo	Observaciones

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

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

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio:	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Santa Rosa.	Bulevar del café	Cle 25 # 6-27. 1er piso	

	DIA	MES	AÑO
V1	24	10	2025
V2			
V3			

Responsable 1: Patricia Quintero Acevedo
Responsable 2:

Responsable 1:
Responsable 2:

Responsable 1:
Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Luis Alberto Robledo Acosta	Luisa María Monroy Bena.	3006736673.

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

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Durante el ingreso a la vivienda.	Usuaria permite el ingreso, se observa todos los servicios públicos, cuenta con disposición de basuras con tapones de mascotas, refiere estrenos exogenosmente felices, refiere cambio de colchón recientemente, consumo de alcohol.	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.	Refiere estar sana, refiere no tener enfermedades de base. se remite al programa del adulto, bucal, tamizaje visual, educación hábitos saludables.	A M B	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPANADO 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	.	Bulevar del cafe.	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quirama Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	487783	LONGITUD	-75.61867.
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 122	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	22-10-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1/2				
No. De Personas de la Familia					

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Bulevar del cafe clle 25 #6-27 piso3.
TELEFONO	3136549664.
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA										22		
AÑO										2025		

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

Tarjeta sura 5

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)
Ricardo		Pineda	Serna	M	31 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 doméstico/cuidandero 17.Pariente servicio doméstico/cuidan

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIEMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
Tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI/N O				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO NA	SI/NO	No. Meses
CC	6720162	Reiselis	—	Escobar	Mauroy	F	14-12-001	23	3	A	2	2	SI	16	1	0	NO	S	NSP	NA	NO	0	NO	NO	NA	Si	6M

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

TIPO DE VIVIENDA
1.Casa o Apartamento ✓
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.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 1

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 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 SI

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

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

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

Separado de la Fuente SI

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		2	2	2		0	no		si
TOS		2	2	2		0			Caracol africano SI/NO
IINOS	si	AVES	si	PORCINOS	no				no
ROS		CUALES:							

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

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

o.	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso espacios comunitarios por parte de los niños	Consideró en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención psicologica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Caseta comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Oración	4. Veeduría	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Reiselt Escobar	NO	NO	NO	SI	NO	SIO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	W	W	W	W	W	W	W	
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?	Pertenecen al programa

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

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

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción.
3. Juntas de Acción Comunal.
4. Media Pensión.
5. Ninguno

3. GESTANTES

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asiste a control prenatal	No. de controles	Apoyo curso psicoprofiláctico	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico 1a	Toxoide Tetánico 2a	Influenza	DPT acelular	Antecedentes familiares 1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preeclampsia	4.Gestación múltiple	5.Otros	Antecedentes Personales	Embarazo actual: Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso anterior (Kgs)	Peso actual (Kgs)	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo es calculado automáticamente mientras digitan)	Tensión arterial	Movimientos fetales
	Rebolledo Escobar	Si	No	Si	2	No	Si	Si	—	No	Si	—	✓	—	—	—	—	08-2025	20-1-26	24 5	64	66	1.66		100/70	Si

Tipo de sangre	ANTECEDESTES OBSTETRICOS: Riesgo biológico	Intervalo intergensdálico	Historia Gestacional: No. de gestaciones	Partos vaginales: Vivos	Partos vaginales: Muertos	Cesáreas: Vivos	Cesáreas: Muertos	Abortos	Estado actual de los hijos: Vivos	Estado actual de los hijos: Muertos	Antecedente embarazo anterior (último embarazo): Diabetes gestacional	Hipertensión materna	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Sufrimiento fetal	Muerte materna	R.C.I.U.	Fecha último parto	Tipo parto	Exámenes de laboratorio: Serología	PTA-AS	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis
O+			3	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Si	Si	Si	Si	Si

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

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				Egreso hospitalari o por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Control de C y D	Número de veces que limpia la cnda de su bebe al día	Cuidado niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL					

Tiempo en meses

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

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

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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACIÓN DEL DESARROLLO				Conoce prácticas clave AIEPI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico últimos 6 meses	No cepillado al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor últimos 6 meses	Consulta nutrición últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Nº Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raices, raices, tubérculos y platanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, lacteos, leguminosas secas y frutos secos	5.Aceites	6.Grasas y dulces

EXPERIMENTACION			Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Prácticas clave lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Control CYD	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														CYD	Programa Salud Bucal	Otro/ Cual	Observaciones

1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca

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

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

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaría 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 a los 12 y a los 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de Horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al Día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organización es del barrio o la escuela	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo es calcula do automá													

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

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

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	No. cepillados al día	Uso soda 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 leguminosas verde	3.Fruta s	4.Carnes, huevos leguminosas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

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

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

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

1. Si 2.No 3.No aplica

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

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

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

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria El (1-4-5)						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Discapacidad mental	Enfermedad mental	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Frutas y verduras	3.Leche	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas vegetales	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares	Programa materno perinatal	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	Examen de prostata en los ultimos 2 años	Citologia Vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perimetro abdominal	Perimetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Acceso al odontolog o en el ultimo año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo	Antrosomo
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula automá		Licor	Nº Cigarrillos al día	SPA	Comida a chasarra	Sistólica	Diastólica									

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

Nombre	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
	1.Diabetes	2.Hipertension	3.Colesterol	4.Cancer	5.Otros	Diabetes	Hipertension	Displidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raices, platano y papa	2.Frutas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumbres secos y	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citologia	Ruta promoción y mantenimiento	Observ

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas contratados adulto mayor	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Señales de maltrato	Asesoría vejez con el último año	Asesoría planificación familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de sexualidad
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula automá		Licor	N. Cigarrillos día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								

Autoexamen de seno	Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer uterino	4.Cáncer	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Displasia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y	2.Hortalizas y frutas	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumi nosas	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	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	☐

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

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

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio:	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Santa Rosa.	Bulevar del café	Clle 25 # 6-27. piso 3	

	DIA	MES	AÑO
V1	22	10	2025
V2			
V3			

Responsable 1: Patricia Quirama Ricardo
Responsable 2:

Responsable 1:
Responsable 2:

Responsable 1:
Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	Nº telefono contacto:
Ricardo Pineda Serna.	Rosalba Escobar. Nuora y	3136549664.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización. e identificación a la familia en el entorno hogar.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuaria permite el ingreso a la vivienda.	Usuaria permite el ingreso a la (casa-fuerza) vivienda, refiere contar con todos los servicios públicos, conformada de 2 personas con buena disposición de barreras. refiere ningún medio como vía de la vivienda	A M B ✓	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Gestante.	Usuaria con 6 meses de gestación, con control de inicio y control prenatal al día, remito a curso psicoprofiláctico y toma de citología cervico en hábitos saludables, higiene oral	A M B ✓	A M B	A M B

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	Risaralda	Urbana		Altos de Jordán	

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025121	FAMILIA	1	COHORTE	D
FECHA VISITA	22-10-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	2				
No. De Personas de la Familia	3				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Cll 28 76-44 Piso 1
TELEFONO	3243043313 - 3243043313
CORREO ELECTRONICO	3146252356 Mauricio

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quirama Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87652	LONGITUD	-75.61821
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA										22		
AÑO										2025		

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

Mauricio Montoya

falta anexos

pdte terminar la. Diligenciar pdte mejo

pdte

2. PERSONAS AUSENTES

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	SEXO – (M/F)	EDAD Unidad (días / meses / años)	ESTADO – (Activo/Inactivo)
Samara.		Bueno.		F	3.	
Mauricio		Flores.	Hurtado.	M.	62	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

3. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

	IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEÉR	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL				P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
	tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
1	CC	1004668[illegible]	Vanessa.		Rodriguez	Bueno	F	28-3-12	23	3	2	2	12	SI	13	1	0	SI	C.	ST	NA	NO	NO	NO	NO	NA	NO	
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud | Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

I. AMBIENTE FISICO

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

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

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

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

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

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

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

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

Estado del piso
- bueno ✓
- malo

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

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

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

CIELO RASO? SI/NO SI

CIELO RASO ADECUADO? SI/NO SI

Estado del techo
- bueno ✓
- malo

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

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

Grietas en paredes SI/NO NO

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

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

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

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

Separado de la Fuente ✓

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

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

OTROS DATOS ADICIONALES

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

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

Version 13.
30042024

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedor SI/NO
PERROS	2.		2	2	2		NO		NO
GATOS									Caracol africano SI/NO
CUYES	NO	AVES	NO	PORCINOS	NO				NO
OTROS		CUALES:							

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

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

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

Version 13.
30042024

. AMBIENTE SOCIAL

NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso espacios comunitarios por parte de los niños	Consideró en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención psicológica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
	1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Caseta comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento.									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Oración	4. Vaceduría	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
Vanessa Rodriguez	NO	NO	Si	NO	NO	Si	Si	NO	NO	Si	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

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

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

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

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción.
3. Juntos de Acción Comunal.
4. Medio Pensión.
5. Ninguno

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

Version 13.
30042024

10. INFANCIA

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIC	PESO (Kgs)

EXPERIMENTACION

DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	

8. GESTANTES

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

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

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

1. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de Horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al Día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo es calculado automá													

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

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

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

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

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

F[illegible]A FAMILIAR ATENCION PRIMARIA [illegible] SALUD
Secretaría de Salud Departamento de Nariño

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Afiliado a protección social cotizante	Diabetes en padres antes de los 45 años	Sedentarismo vigente	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (KGS)	TALLA (CMS)	IMC (Peso sobre talla en metros al cuadrado)	N° de meses con medición de cintura	Citología: Fecha	N° Citología del año	Sífilis	Consejería en planificación	Planificación: Gestante	Planificación: Lactante	Tamizaje de cáncer de cuello uterino	Tamizaje de cáncer de seno	Asesoría en lactancia materna en el primer año de vida	Asesoría en lactancia materna en el segundo año de vida	Planificación de la gestante	Tamizaje de cáncer de cuello uterino	Autocuidado y estilos saludables

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

Medicamentos formulados					CHARLAS					Tipo de Planificación suministrada hasta Corte Anterior						Remitido					
Medicamento	1.Condón masculino	2.Condón femenino	3.Ciclos oral	4.Ciclos inyectable	5.DIU Cu	Planificación	Higiene bucal	Consejería cáncer cuello uterino y seno	Consejería salud mental	ERCV	1.Condón masculino	2.Condón femenino	3.Ciclos oral	4.Ciclos inyectable	5.DIU Cu	6.Otro cual y cuánto	Prueba de Agudeza Auditiva	Prueba de Salud Bucal	Consejería cáncer de seno	Tamizaje de cáncer de cuello uterino	Ruta de Trauma con y sin lesiones	Observaciones

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistencia a programas del control de crecimiento y desarrollo	Valoración de procesos de los últimos 2 años	Clasificación vigente	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de intervenciones realizadas en el último semestre	Consumo de				Prueba actividad en salud		Participación ciudadana	Diligenciamiento de encuesta	Tratamiento actuales	Seguimiento de cuidadores	Asistencia al odontólogo en el último año	Asistencia jornada de control de riesgo en el último año	Plan de cuidado del paciente	Valoración de condiciones
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Kgs/mts2)		Licor	AF (Cigarrillo/día)	SPA	Control de glicemia	Glucometría	Otra								

Autocuidado (Si/No)	Medicamentos	Antecedentes Familiares					CRONICAS					Tipo de consumo consumido en la última vez						Nueva						Observaciones
		1.Diabetes (Si/No)	2.Hipertensión (Si/No)	3.Cardiopatía (Si/No)	4.Cáncer (Si/No)	5.Otro (Si/No)	1.Diabetes (Si/No)	2.Hipertensión (Si/No)	3.Cardiopatía (Si/No)	4.Enfermedad pulmonar crónica (Si/No)	5.ERC (Si/No)	1.Licor (Si/No)	2.Cigarrillo (Si/No)	3.SPA (Si/No)	4.Licor y cigarrillo (Si/No)	5.Licor y SPA (Si/No)	6.Cigarrillo y SPA (Si/No)	Prueba tipo Aclara Mayor	Prueba tipo Sensibilidad Bucal	Prueba tipo Fonación	Prueba tipo Visual	Prueba tipo Auditiva	Prueba tipo Cognitiva	

FICHA AMIGAR ATENCION PRIMARIA ENS. JD
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

12. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vagina l	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula o automát										Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra
		NO	61	153		NO	080	NO	M	—	NO	NO	—	0	NO	NO	NO	SI

1. SI 2.No 3.No aplica

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

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

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

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria El.(1-4-6)						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumbres secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Observaciones
120/80	SI	SI	NO	SI	NO	3	3	3	3	0	0	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	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 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.	Jardines Altos	Clle 23 #6-44	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	22	10	2025	V2				V3			

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

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Mauricio Flores Hurtado.	Vanessa Rodriguez	3243043313.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización e identificación 2 hogares en el entorno hogar.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuaria no presenta el riesgo ya cuenta.	Usuaria refiere tener todos los servicios públicos, buena disposición de basuras. con la tenencia de 2 perros	A M B	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1		Usuaria refiere antecedentes familiares de DM-HTN-Cancer, la usuaria no refiere tener enfermedades de base, recuerda a grupos de joven - salud bucal - VPF. Edad en objetivos.	A M B	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

1. IDENTIFICACION

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

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 125	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	22-10-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	2				
No. De Personas de la Familia	4				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Clle 23 #6-44 jardines alto
TELEFONO	3152416644
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quintero Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87643	LONGITUD	-75.6853.
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA										22		
AÑO										2025		

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

Cabeza

2. PERSONAS AUSENTES

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	SEXO – (M/F)	EDAD Unidad (días / meses / años)	ESTADO – (Activo/Inactivo)
Matias		Castellanos	Hurtado	M	14	
Sebastian		Acevedo	Hurtado	M	19	
J Cristian		Cardona	Hoyos	M	38	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

3. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

	IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL				P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
	tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado	Discapacidad		Desmovilizado			
																						SI/NO	origen	tipo	SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
1	CC	10932131	Anibal	Hernando	Agudelo		F	19-09-86	39		2	2	B	SI	19	1	0	SI	C	ST	N.A	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tecnico

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Version 13.
30042024

I. AMBIENTE FISICO

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

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

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

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

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

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

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

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

Estado del piso
- bueno ✓
- malo

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

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

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

CIELO RASO?
SI/NO SI

CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO SI

Estado del techo
- bueno ✓
- malo

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

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

Grietas en paredes SI/NO NO

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

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

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

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

Separado de la Fuente ✓

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

OTROS DATOS ADICIONALES

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

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

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

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedor SI/NO
PERROS							NO		NO
GATOS	3		3	3	3				Caracol africano SI/NO
EQUINOS	NO	AVES	NO	PORCINOS	NO				NO
OTROS		CUALES:							

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

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

Version 13.
30042024

. AMBIENTE SOCIAL

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 espacios comunitarios por parte de los niños	Consideró en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atencion odontológica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención psicologica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
	1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Casata comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento.									1. Adulto mayor	2. Actividad fisica	3. Oración	4. Veeduria	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
Maribel Hurtado	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	

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

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

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

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción.
3. Juntas de Acción Comunal.
4. Media Pensión.
5. Ninguno

Version 13.
30042024

8. GESTANTES

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

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

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

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA CIANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Egreso hospitalari o por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Control de CyD	Número de veces que limpia la encia de su bebe al día	Cuidado niños y niñas
		Exclusi va	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDA D 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 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

HOJA DE FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN [illegible] LUD
Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consejo Practicas Clave AIEPI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor últimos 6 meses	Control de placa últimos 6 meses	Presencia de maltrato	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula solo cuando)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										1.Carnes, res, pollo, cerdo, huevo y pescado	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Fruta s	4.Cereales, granos, tubérculos y plátanos	5.Lácteos	6.Grasas y dulces

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

Version 13.
30042024

1. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de Horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al Dia	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organización del barrio o la escuela	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo es calculado automá													

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

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

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

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

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

FICHA AMPLIADA ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaría de Salud Departamento de Ribera Alta

Version 13.
30042024

12. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación el último año	Citología vagina l	Examen de prostata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula o automát										Licor	N° Cigarrillos Al dia	SPA	Comida chatarra

1. Si 2.No 3.No aplica

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

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

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

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y nueces	6.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Observaciones

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia a control en familias en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma		Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Comida instantánea	Sistólica	Diastólica									
	Maribel	NO	-	SI	62.	1.60		1hrs.	NO	0	NO	SI	100	70	74	103		NO	NO	SI	NO	-	SI

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

Nombre	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido hasta dicha diarria						Remitir a						
	1.Diabetes	2.Hipertension	3.Colesterol	4.Cancer	5.Otro	Diabetes	Hipertension	Displidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificacion Familiar	Tamizaje Visual	Citologia	Ruta de promocion y mantenimiento	Observacion
no	no	no	no	no	Epoc.	no	no	no	no	no	si	si	si	si	si	si	si	no	si	no	no	si	

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	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)										Licor	Nº Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra

1. SI 2.No 3.No aplica

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

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

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

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Horta lizas y legumin osas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumin osas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Observaciones

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.	Jardines Alto.	Clle 23 # 6-44.	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	22	10	2025	V2				V3			

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

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Luz Maribel Hurtado Agudelo.	Luz Maribel Hurtado Agudelo.	3152416644

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de sensibilizacion e identificacion de lo. pts en el entorno hogar
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuaria manifiesta si presenta el Ingreso a la vivienda	Usuaria refiere contar con todos los servicios se observa buena estructura física de la casa buena disposición de basuras, cuenta enseres de 3 gatos refiere sentirse triste, llora en ocasiones a veces poco.	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.	Refiere. Sentirse sana, reacio al programa del adulto. planificacion familiar; Cobra en visitas Solubles a cuidado oral.	A M B	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

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 Flor 2	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quimana Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87368	LONGITUD	-75.61908
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2026 119	FAMILIA	1	COHORTE	0
FECHA VISITA	22-10-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Cll 21 Mz 5 # Cs 27
TELEFONO	3177786900
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA										22		
AÑO										2025		

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

Hermano diligenciado seguridad

2. PERSONAS AUSENTES

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	SEXO – (M/F)	EDAD Unidad (días / meses / años)	ESTADO – (Activo/Inactivo)
Marco	Anselmo	Tabares	Giraldo	M	163	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

3. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

	IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
	tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
1	CC	Y.594388	Jose	Humelo	Tabares	Giraldo	M	22-3-45	80		5	1	3	SI	3	1	0	NO	S	ST	NA	NO	M	N	NO	NA	M	0
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

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

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

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

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

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

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

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

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

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamental de Risaralda

Version 13.
30042024

I. AMBIENTE FISICO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estado del piso
- bueno ✓
- malo

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

CIELO RASO? S/NO NO

CIELO RASO ADECUADO? S/NO

Estado del techo
- bueno ✓
- malo

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

Grietas en paredes S/NO NO

ESTADO DE LA COCINA
- Presencia humo de leña 20-5-24
- Cocina aislada de los dormitorios
- Cocina aislada del sanitario
- Tiene nevera
- Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas

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

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

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

Separado de la Fuente ✓

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

OTROS DATOS ADICIONALES

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

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

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA

Consume medicamentos bajo fórmula médica S/NO SI

Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad S/NO SI

¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? S/NO SI

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedor SI/NO
PERROS	0						no		no
GATOS	0								Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	0	PORCINOS	0				no
OTROS	0	CUALES:							

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

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

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud | Departamento de Atlántico

Version 13.
30042024

. AMBIENTE SOCIAL

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 espacios comunitarios por parte de los niños	Considerá en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Considerá en el último mes buscar atencion odontológica. SI / NO	Considerá en el último mes buscar atención psicologica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
	1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Casita comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad Física	3. Oración	4. Veeduría	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
Jose H. Tabares	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	CO	

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

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

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

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción.
3. Juntos de Acción Comunal.
4. Medio Pensión.
5. Ninguno

8. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeta	Planificación al momento del embarazo	Asiste a control prenatal	No. de controles	Asiste a curso psicoprofilactico	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenzan	DPT acelular	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1. HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preeclampsia	4.Gestación multiple	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo es calculado automáticamente al ingresar el peso y la talla)	Tensión arterial	Movimientos fetales

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

Micronutrientes			Por qué no los toma?	Síntomas de alarma					Presencia de síntomas de alarma	Remitir a						
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de liquido vaginal (sangrado o liquido amniotico)	Disminución de movimientos fetales (despues de que los empieza a sentir)	Sensación de tiene a presión o dolor en la parte del estómago	Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies	Dolor de cabeza persistente		Control Prenatal	Curso Psicoprofiláctico	Salud Bucal	Vacunación	Citología	Planificación	Observaciones

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

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

Tiempo en meses

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

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

10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce practicas clave AIPEI	N. de Horas de actividad física mensual	Control odontológico último 6 meses	No cepillado al día	Uso seda dental	Aplicación flúor último 6 meses	Control de placa último 6 meses	Presencia de maltrato	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátano	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carne, huevos, legumbres secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces

EXPERIMENTACION			Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Prácticas clave lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Control CyD	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														CyD	Programa Salud Bucal	Otro / Cual	Observaciones

1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca

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

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

1. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de Horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al Dia	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organización del barrio o la escuela	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompañe a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo es calculado automá													

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

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

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al 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 El (1-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raices, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos leguminosas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud - Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

14. VEJEZ

12. JUVENTUD - 18 A 28

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula automát.										Licor	Nº Cigarrillos Al día	SPA	Comidas chatarra
	José H																	

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

Autoexamen de seno	Mamografía	3.Diab
—	—	N

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria EJ.(1-4-6)						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y verduras	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Sexual	Planificación Familiar	Citología	Observaciones

J5

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Santa Rosa.	La Flora.	Clle 21 MZ 5 CS 27.	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	27	10	2025	V2				V3			

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

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	Nº telefono contacto
Jose Horacio Tabares G.	Jose Horacio Tabares G.	3177786900

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización e identificación a la flia en el entorno hogar.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuario no permite el ingreso a la vivienda	Usuario refiere, cuenta con todos los servicios publicos, buena disposición de basuras, refiere se alejo de los otros, con vive con un hijo con discapacidad cognitiva, se relaciona poco con los	~~A~~ M B	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	HTA	Usuario HTA. refiere estar en control, se requiere 2. adulto mayor., solidaria/. y factores riesgo.	~~X~~ M B	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPANADO 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	Pereira	Urbana		La Flora 2	368-1

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	1025 118	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	22-Oct-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	3				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	La Flora 2 M4A cs 28 27
TELEFONO	314 579 4552
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quirama Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87406	LONGITUD	-75.61902
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA										22		
AÑO										2025		

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

Diabetes
3 integrantes seguidos

2. PERSONAS AUSENTES

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	SEXO – (M/F)	EDAD Unidad (días / meses / años)	ESTADO – (Activo/Inactivo)
Luz	Mary	Ordoñez	Garcia.	F.	60	
Rosalba	Gn	Grajales	Aguirre	M	91.	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

3. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

	IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIEMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
	Tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
1		10094966.	Julio	Cesar	Aguirre	Grajales	M	10-5-55	70		2	1	1	SI	3	0	10M	SI	C	Asmet	NA	NO	NO	NO	NO	NA	0	0
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Version 13.
30042024

I. AMBIENTE FISICO

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

TENENCIA
1. Arriendo
2. Propia Pagando
3. Propia Pagada [x]
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. Río, quebrada, manantial, nacimiento
6. Pila Publica
7. Carro tanque
8. Aguatero
9. Donación

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

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

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

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 [ ]

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

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

Estado del techo
bueno [x]
malo

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

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

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

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

Separado de la Fuente [x]

LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE

Energía eléctrica	[x]	Alcantarillado	[x]
Gas Natural Domiciliario	[x]	Teléfono	[x]
Recolección de Basura	[x]	Acueducto	[x]

OTROS DATOS ADICIONALES

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

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA

Detergente	[x]	Gasolina o Inflamable	[ ]
Bólvora	[ ]	Plaguicidas	[ ]
Agroindustrial	[ ]	Adecuado	[ ]

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA

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

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedor SI/NO
PERROS	0						0		NO
GATOS									Caracol africano SI/NO
EQUINOS		AVES	0	PORCINOS	0				NO
OTROS		CUALES:	0						

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

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

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. AMBIENTE SOCIAL

NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos, SI / NO	Uso espacios comunitarios por parte de los niños	Consideró en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención psicologica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
	1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Cesta comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Oración	4. Veeduría	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
Julio Cesar Aguirre	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NA	NA	NA	NO	NO	NO	NO	

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

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

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

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción.
3. Juntas de Acción Comunal.
4. Media Pensión.
5. Ninguno

8. GESTANTES

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

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

Hierro	Acido folico	Calcio	Por qué no los toma?	Síntomas de alarma					Presencia de síntomas de alarma	Remitir a						
				Salida de liquido vaginal (sangrado o liquido amniotico)	Disminución de movimientos fetales (despues de que los empieza a sentir)	Sensación de fiebre, dolor en la boca del estómago	Hinchazón (edema) en la cara o Hinchazón exagerada de los pies	Dolor de cabeza persistente		Control Prenatal	Curso Psicoprofiláctico	Salud Bucal	Vacunación	Citología	Planificación	Observaciones

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

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

Tiempo en meses

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

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

10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consejo prácticas orales APPEI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico primera 6 meses	No capilladas al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor últimos 6 meses	Control de placa últimos 6 meses	Presencia de maltrato	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej:(1-4-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo calcula automa	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raices, tuberculos y platano	2.Menestras y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces

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

Version 13.
30042024

1. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje Visual a los 12 y a los 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de Horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al Dia	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organización es del barrio o la escuela	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de automá													

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

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

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

1.Juego 2. Ver TV 3. 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.(1-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Hortalizas y legumin osas verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos legumin osas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

12. JUVENTUD - 18 A 28

H°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del Joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula automát										Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra

1. SI 2.No 3.No aplica

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

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

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

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria E)(5-4-6)						Remite a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Horalizas y legumin osas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumin osas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Observaciones

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

Version 13
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistencia programas control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia planificación familiar en el último año	Planificación en familia	Examen de testículo
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automá		Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								
	Julio Cesar	si	no	—	68kg	1.55		0	no	0	0	0	140	80	110	90		no	no	no	no	no

Autoexamen mamario	Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Displidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Toma de Visual	Citología	Ruta de parto limpio y materno infantil	Observaciones
—	—	no	si	no	no	no	si	si	no	si	no	si	si	si	si	si	si	si	si	—	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 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.
Risaralda.	Altos de Jardín - Kpto.	Ll 44 Cs 28	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	22	10	2025	V2				V3			
Responsable 1: Patricia Quirama Acevedo Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° teléfono contacto
Julio Cesar Aguirre Grajales	Julio Cesar Aguirre Grajales	3145794552.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización e identificación a la Fla. en el entorno hogar.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	No permite el ingreso a la vivienda	Usuario no permite el ingreso a la vivienda refiere tener todos los servicios públicos, buena disposición de basuras, refiere que no se puede quedar quieto, convive con la esposa y la madre.	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 Dm. IR	Usuario refiere. haber tenido síntomas, 3 importantes son HTA - Dm e IR; cuanto a programas de adulto mayor; programa bucal. tamizaje visual. Educación en hábitos saludables.	A ✓ M B	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

Código:	FOR-0003-011
Versión:	1

L ANDA INDUCIDA Y EDUCACIÒN EN SALUD)

Consulta Externa

TEMA: Realizar concientización social y ambiental en los entornos de cada estudiante con enfasis en el entorno hogar

EPSS: ESIMP.

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Patricia Arrieta Acevedo.

LUGAR: Bulevar del Caf.

MES: Octubre 2025

	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	Autoexámen de Seno	Mamografia			SI	NO
137	27	Bibiana. Arias Alzate		✓	24837798	3194562911					✓				✓							Bibiana Arias		
138	27	Luis Arturo Barrientos	✓		11363664 1	3204405697					✓	✓			✓									
139	27	Loren Alexia Cardona Z		✓	1093216747	3117103124					✓	✓			✓							Loren		
	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 atraves. de encuestas. en el. entorno. hogar.

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Patricia Viviana. Acevedo.

EPSS: Asmet Salud.

MES: Octubre 2025.

LUGAR: Bulevar del Rio.

	DÍA	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO		IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	PROGRAMA PROTECCIÓN ESPECIFICA, DEMANDA INDUCIDA													FIRMA	CUMPLIÓ	
			Masculino	Femenino			Vacunas	Crecimiento y Desarrollo	Atención al Joven	Embarazadas	Adulto Mayor a 45 años	Planificación	Salud Oral	Citologías	Salud Visual	Puerperio	Recien Nacido	Crónicos	Autoexámen de Seno	Mamografía		SI	NO
133	27	Sandra Orozco Cardenas		X	1093217160	3217601733							X	X								
134	27	Fernan Alonso	X		80205706.	3122419833.									X							
135	27	Luz Maria Orozco		X	25097339	3117012560							X									
136	27.	Laura Fernandez.			1089311131	3122419833			X			X		X								
	TOTAL																					

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	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 cotidiana - con enfasis en el entorno Hogar.

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Patricia Olivares Heredia

EPSS: HSVP.

MES: Octubre. 27 - 2025

LUGAR: Bulevar del café

	DÍA	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO		IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	PROGRAMA PROTECCIÓN ESPECIFICA, DEMANDA INDUCIDA														FIRMA	CUMPLIÓ	
			Masculino	Femenino			Vacunas	Crecimiento y Desarrollo	Atención al Joven	Embarazadas	Adulto Mayor a 45 años	Planificación	Salud Oral	Citologías	Salud Visual	Puerperio	Recien Nacido	Crónicos	Autoexámen de Seno	Mamografía		SI	NO
28	27	Maria Consuelo Bland		X	25161051	3148952449					/		/	/	/				/	/	Consuelo		
29	27	Claudia Patricia Jimenez		X	1002943598	3233267206								/	/						Claudia J.		
30	27	Maria Andrea Rivera		X	1053783867	3214078680															Maria Andrea R.		
31	27	Martha Milena Gualdo		✓	38878999	3176050739					✓	✓	✓	✓	✓						Martha Gualdo		
32	27	Marco Noe Perez	X		4574391	3146102413					✓		✓		✓								
	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	Salúd 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
		Versión:	1

Consulta Externa

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

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Patricia Olivares Acevedo EPSS: FOSYGA

MES: Octubre 2025 LUGAR: Bulevar del Café

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
23	24	Luisa Maria Honor Buena		X	PPT 6333705	3106936673					1				1				1			
24	24	Mirian Patricia Ocampo		X	04825189	3136984171						1	1	1								
25	24	Javier Andres Hurtado	X		1048918376	3647745																
26	24	Maria Cenobia Arenas		X	25077476	3172745108					1				1							
27	24	Eucaris Medina Hoyos		X	24875328	3145785273																
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	Puerpero	Recien Nacido	Crónicos	Autoexamen de Seno	Mamografía		SI	NO
TOTAL																					

	DE.. NDA INDUCIDA Y EDUCACIÒN EN SALUD	Código:	FOR-0003-011
		Versión:	1

Consulta Externa

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

NOMBRE DEL RESPONSABLE: Patricia Quirama Acevedo | EPSS: HSVP

MES: Octubre 23 - 2025 | LUGAR: La Flora 2 - Altos de Jardin

	DÍA	NOMBRE Y APELLIDO	SEXO		IDENTIFICACIÓN	TELÉFONO	PROGRAMA PROTECCIÓN ESPECIFICA, DEMANDA INDUCIDA														FIRMA	CUMPLIÓ	
			Masculino	Femenino			Vacunas	Crecimiento y Desarrollo	Atención al Joven	Embarazadas	Adulto Mayor a 45 años	Planificación	Salud Oral	Citologías	Salud Visual	Puerperio	Recien Nacido	Crónicos	Autoexámen de Seno	Mamografía		SI	NO
118	23	Julio Cesar Aguirre Grajales	X		10094066	3145994552					✓		✓		✓						Julio		
119	23	Jose Horacio Tabares G	X		15741388	3177887906					✓		✓		✓						Horacio		
120	23	Maribel Hurtado		X	1093213185	3158166414					✓	✓									Maribel Hurtado		
121	23	Vanesa Rodriguez		X		3214043393															Vanesa Rodriguez		
122	23	Raicelis Escobar Monroy		X	6720762 PPT	3135499664								✓							Raicelis		
	TOTAL																						

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

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

FECHA			ESTRATEGIA O PROGRAMA	TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
27 DIA	10 MES	2025 AÑO	APS de caracterización social y ambiental. para identificar. factores de riesgo y establecer. planes integrales. de cuidado y prevención. de salud	Realizar caracterización social y ambiental en los entornos de vida cotidiana. con enfasis en el entorno hogar.	Patricia Bonilla Acevedo	comunitario

No.	NOMBRES	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
			TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
1	Bibiana.	Arias Alzate	cc.	24837798.	C	Sura	U	C	B	NA	Clle 24 A # 7-03 Bulevar cafe.	Bibiana Arias A
2	Luis Arnulfo.	Bermudez. Hernandez.	cc	1136366941	C	Sanitas	U	C	B	NA	Clle 24. # 7-21 Bulevar cafe.	
3	Loren Alexia	Cardona. Zapata	cc	1093216747.	C.	Sanitas	U	C	B	NA	Clle. 24. # 7-45 Bulevar del café	Loren.
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVACIONES
1			26 12 1963	3193456291	61 años
2			01 09 1988	3204405697	37 años
3			30 12 1988	3117103124	36 años
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

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

FECHA			ESTRATEGIA O PROGRAMA
27 DIA	10 MES	2025 AÑO	APS de caracterizacion social y ambiental para identificar factores de Riesgo y establecer planes integrales de cuidado y /acciones de salud.

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
Realizar caracterizacion social y ambiental en los entornos de vida cotidiana con enfasis en el entorno hogar.	Patricia Viviana Acevedo	Comunitario

No.	NOMBRES	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
			TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
1	Sandra Milena	Orozco Cardenas	CC	1093217160	C	SOS	U	C	B	NA.	Calle 24A # 6-63	
2	Feiman Alonso	Gallego Garcia	CC	80205706.	C	Positiva	U	C	B	NA	Calle 24A # 7-34	
3	Luz Maria	Orozco Lopez	CC	25097339	S	NEP	U	C	B	NA	Calle 27 # 7-10.	
4	Laura	Fernandez Ortiz	CC	1089931131	S	NEP	U	C	B	NA.	Calle 24 # 7-46.	
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVACIONES
1			05-04-89.	3241760 1733	36 años
2			07-09-1984	3127431258	41 año
3			03-10-1957.	3117042560	65 años
4			09-06-04.	3122419833	21 año
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

PLAN DE INTERVENCIONE[illegible]NDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL [illegible]AN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 306 - 4025

Código:	FOR-0063-003
Versión:	2

FECHA		
DIA 29	MES 10	AÑO 2025

ESTRATEGIA O PROGRAMA: APS de caracterizacion. social y ambiental para identificar factores de. Riesgo y establecer. planes integrales de cuidado y promocion de salud.

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

PROFESIONAL RESPONSABLE: Patricia Quiroga Acevedo

TIPO ACTIVIDAD: Comunitaria

No.	NOMBRES	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
			TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
1	Maria Consuelo	Blandon	CC	25161051	S	SI	U	C	B	NA	Cll 24B #6-76 Bolevar	Consuelo B
2	Claudia Patricia	Jimenez Bolivar	CC	1002943598	C	Sanitas	U	C	B	NA	Cll 24B #7-21 Bolevar	Claudia J.
3	Maria Andrea	Rivera	CC	1053783869	C	SI	U	C	B	NA	Cll 24A #6-45 Bolevar P1	Andrea Rivera G.
4	Martha Milena	Giraldo Grajales	CC	38878999	S	AS	U	C	B	NA.	Cll 24A #6-51 piso 2	Martha Milena G
5	Marco Nel	Perez	CC	4574391	C.	Famisanar	U	C	B	NA	Cll 24A #6-68	
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

No.	NOMBRE MAMÁ	NOMBRE PAPÁ	FECHA NACIMIENTO	TELEFONOS	OBSERVACIONES
1			20-5-1966	3148952449	59 años
2			11-06-1992	3233267206	33 años
3			7-12-1987	3214078680	37 años
4			10-01-1976	3176050739	49 años
5			24-3-47	3146109415	78 años
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

PLAN DE INTERVENCIO | INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) D | PLAN DE SALUD TERRITORIAL

CONTRATO No. 306- 2025

Código:	FOR-0063-003
Versión:	2

FECHA: DIA 24 | MES 10 | AÑO 2025

ESTRATEGIA O PROGRAMA: APS de caracterización social y ambiental para identificar factores de riesgo y establecer planes integrales de cuidado y promoción de salud.

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

PROFESIONAL RESPONSABLE: Patricia Ximena Acevedo

TIPO ACTIVIDAD: Comunitaria

No.	NOMBRES	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD TIPO	DOCUMENTO IDENTIDAD NUMERO	S.G.S.S.S. REG	S.G.S.S.S. EPS	ZONA U/R	ZONA C/C	ZONA B/V	POB.	DIRECCION	FIRMA
1	Luisa Maria	Monroy Guerra	PPT	6333705	S	NE	U	C	B	NA	Cll 25 #6-27 p1 Bulevar del Cafe	
2	Miran Patricia	Ocampo	CC	24 825 181	S	AS	U	C	B	NA	Cll 25A 6-55 p1 Bulevar del.	*Miriam O
3	Javier Andres	Hurtado	CC	1048918316	C	NE	U	C	B	NA	Cll 25 # 6-75 Bulevar de Cafe	*Javier Hurtados
4	Maria Cenobia	Arenas de Ladino	CC	25079476	S	NE	U	C	B	NA	Cll 25 # 7-51 Bulevar de cafe	*Cenobia Arenas
5	Eucaris	Medina Hoyos	CC	24875328	S	NE	U	C	B	NA	Cll 25 #7-15 Bulevar del Cafe	Eucaris Medina
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

E.S.E. Hospital Vicente de Paul Santa Rosa de Cabal		PLAN DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARCIAL (PIC) DEL PLAN DE SALUD TERRITORIAL CONTRATO No. 306 - 2026	Código: FOR-0063-003 Versión: 2

FECHA			ESTRATEGIA O PROGRAMA
DIA 23	MES 10	AÑO 2025	APS de caracterización social y ambiental para identificar factores de riesgo y establecer planes integrales de cuidado y prevención de salud mental

TEMA	PROFESIONAL RESPONSABLE	TIPO ACTIVIDAD
Realizar caracterización social y ambiental en los entornos de vida cotidiana con enfasis en el entorno Hogar	Patricia Quirama Acevedo	Comunitario

No.	NOMBRES	APELLIDOS	DOCUMENTO IDENTIDAD		S.G.S.S.S.		ZONA			POB.	DIRECCION	FIRMA
			TIPO	NUMERO	REG	EPS	U/R	C/C	B/V			
1	Julio Cesar	Aguirre Grajales	CC	10069 4066	C	N	U	C	B	NA	Mz 4 A C.27	Julio
2	Jose Horacio	Tabares Giraldo	CC	4574388	S	ST	U	C	B	NA	Mz 5 C 27	Horacio
3	Anibal	Arlado	CC	1093213185	C	ST	U	C	B	NA	C 11 23 #6-44 P2	Anibal Arlado
4	Vanesa	Rodriguez	CC				U	C	B	NA	C 11 23 # 6-44 P1	Vanesa Rodriguez
5	Raicelis C	Escobar Monroy	PPT	6720162			U	C	B	NA	C 11 23 # 6-37 P3 Barrio del cap	Raicelis
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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