	FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES **ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL** **SANTA ROSA DE CABAL** **SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

6. APS DE CARACTERIZACION SOCIAL Y AMBIENTAL PARA IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO Y ESTABLECER PLANES INTEGRALES DE CUIDADO, APS PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD MENTAL.

ACTIVIDAD: 6.1 **NOMBRE ACTIVIDAD:** REALIZAR CARACTERIZACION SOCIAL Y AMBIENTAL, EN LOS ENTORNOS DE VIDA COTIDIANA CON ENFASIS EN EL ENTORNO HOGAR. **FECHA:28/11/2025**	**ENFERMERA** PATRICIA QUIRAMA ACEVEDO
CRA 3 # 24-52 LAS AMERICAS PISO 1 	CALLE 23ª # 3B-04 
CRA 6B# 25-33 LAS AMERICAS 	23 B # 23-22 PISO 1 LAS AMERICAS 

	FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES **ADMINISTRACION MUNICIPAL** **SANTA ROSA DE CABAL** **SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

4 ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD COMUNITARIA, INCLUYENDO ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES	
4.7 Jornada descentralizada de promoción y prevención La Hermosa. Dos actividades por semana	
NOMBRE ACTIVIDAD: Jornada de Salud **LUGAR**: Puesto de Salud de La Hermosa **FECHA**: 02 de octubre de 2025	**PROFESIONALES** Equipo PIC Municipal

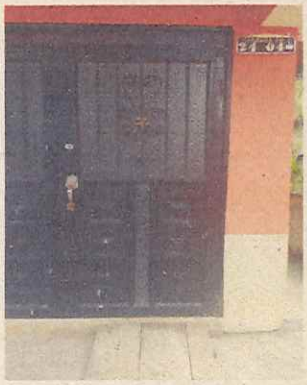
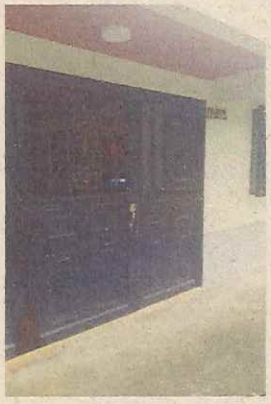
	FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES **ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL** **SANTA ROSA DE CABAL** **SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

6. APS DE CARACTERIZACION SOCIAL Y AMBIENTAL PARA IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO Y ESTABLECER PLANES INTEGRALES DE CUIDADO, APS PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD MENTAL.

ACTIVIDAD: 6.1 **NOMBRE ACTIVIDAD:** REALIZAR CARACTERIZACION SOCIAL Y AMBIENTAL, EN LOS ENTORNOS DE VIDA COTIDIANA CON ENFASIS EN EL ENTORNO HOGAR. **FECHA:28/11/2025**	**ENFERMERA** PATRICIA QUIRAMA ACEVEDO
CALLE 3 B # B15 LAS AMERICAS  CALLE 23 B# 3B1 LAS AMERICAS 	CS 25 CALLE 18 MONSERRATE  CRA 6B# 25-53 LAS AMERICAS 

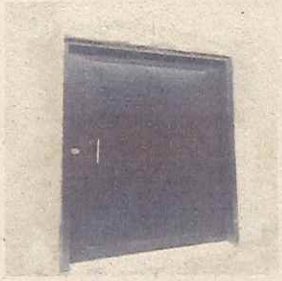
	FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES **ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL** **SANTA ROSA DE CABAL** **SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

6. APS DE CARACTERIZACION SOCIAL Y AMBIENTAL PARA IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO Y ESTABLECER PLANES INTEGRALES DE CUIDADO, APS PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD MENTAL.

ACTIVIDAD: 6.1 **NOMBRE ACTIVIDAD:** REALIZAR CARACTERIZACION SOCIAL Y AMBIENTAL, EN LOS ENTORNOS DE VIDA COTIDIANA CON ENFASIS EN EL ENTORNO HOGAR. **FECHA:28/11/2025**	**ENFERMERA** PATRICIA QUIRAMA ACEVEDO
CRA 6 # 25-41 SANTA HELENA  CRA 28 A # 24-04 LAS AMERICAS 	CRA 3# 24- 52 LAS AMERICAS  CRA 2 A # 24-03 LAS AMERICAS 

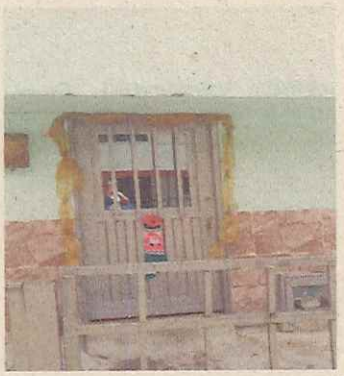
	FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES **ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL** **SANTA ROSA DE CABAL** **SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

6. APS de caracterización social y ambiental para identificar factores de riesgo y establecer planes integrales de cuidado, APS promoción y prevención de salud mental.

ACTIVIDAD 6.1 NOMBRE ACTIVIDAD: CARACTERIZACIÓN FECHA: 28 /11/2025 Cra 11calle 18 cs 20 CAMINO MONSERRATE	ENFERMERA: PATRICIA QUIRAMA ACEVEDO CRA 6B# 25 69 SANTA HELENA
	
CRA 6B # 25-49 SANTA HELENA 	CALLE 23ª # 3 B 09 SANTA HELENA 

	FORMATO REGISTRO FOTOGRÁFICO DE ACTIVIDADES **ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL** **SANTA ROSA DE CABAL** **SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**
Versión: 0	Vigencia: 08-2017

6. APS DE CARACTERIZACION SOCIAL Y AMBIENTAL PARA IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO Y ESTABLECER PLANES INTEGRALES DE CUIDADO, APS PROMOCION Y PREVENCION DE LA SALUD MENTAL.

ACTIVIDAD: 6.1 **NOMBRE ACTIVIDAD:** REALIZAR CARACTERIZACION SOCIAL Y AMBIENTAL, EN LOS ENTORNOS DE VIDA COTIDIANA CON ENFASIS EN EL ENTORNO HOGAR. **LUGAR**: LAS AMERICAS **FECHA:28/11/2025**	**ENFERMERA** PATRICIA QUIRAMA ACEVEDO
Cra 2 B # 24-40  Cra 2 B # 24-57 	Cra 3 A# MZ 6 CS 18  Calle 18 casa 20 

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

1. IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Sta Rosa	Urbana		Las Americas	

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 184	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	28-11-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	4 4				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Cra 3 # 24-52. piso 1
TELEFONO	3217519020
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quiroga Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87832	LONGITUD	-75.61780
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS

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

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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)
Hitasi		Rodriguez	Arias	F	17 años	
Maria	Fernanda	Arias		F	33 años	
Eduardo	Daniel	Toro	Mejia	M	17 años	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

3. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

No.	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	1120954589	Carol	Daniela	Tacha	Gonzalez		26-10-05	20	3	1	13	2	Si	10	4	10m.	NO	1	Caja Comp	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

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

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- 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 cate sin ayuda o compañía
7- Dificultad para aprender o entender

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

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

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

Version 13.
30042024

4. AMBIENTE FISICO

TIPO DE VIVIENDA
- Casa o Apartamento: X
- Cuarto
- Otro tipo
- Casa Indígena

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

ESTRATO
- Bajo bajo
- Bajo
- Medio bajo: X
- 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: 2

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

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

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

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

AGUA CASERA
- Sin tratamiento
- Clorada: X
- Filtrada
- Hervida
- Clarificación
- Asoleo

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

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

Estado del piso
- bueno: ✓
- malo

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

CIELO RASO? SI/NO
CIELO RASO ADECUADO? SI/NO: ✓

Estado del techo
- bueno: ✓
- malo

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

Grietas en paredes SI/NO: 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: X
- Gas Natural Domiciliario: X
- Recolección de Basura: X
- Alcantarillado: X
- Teléfono
- Acueducto: X

OTROS DATOS ADICIONALES

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

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA
- Detergente: ✓
- Insecticida
- Agroindustrial
- Gasolina o inflamable
- Plaguicidas
- Adecuado

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

Version 13.
30042024

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedore SI/NO
PERROS	0	0	0	0	0	0	NO		NO
GATOS									Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	0	PORCINOS	0		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. 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	Carol Daniela Tacha.	NO	NO	3	NO	NO	NO	NO	NO	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso 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	Carol Daniela Tacho.	NO	NO	NO	NO	Si	Si	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

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

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

8. GESTANTES

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asiste a control prenatal	No. de controles	Asiste a curso psicoprofiláctico	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT aceluter	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabete s	3.Preclam psia	4.Gestaci ón multiple	5.Otros		Fecha última menstruaci ón	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo es calculado automátic amente al guardar el	Tensión arterial	Movimient os fetales

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

Micronutrientes			Por qué no los toma?	Síntomas de alarma					Presencia de síntomas de alarma	Remitir a						
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de liquido vaginal (sangre o liquido amniótico)	Disminución de movimientos fetales (despues de que los empiece a sentir)	Sensación de luces o pitos, dolor en la boca del estomago	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

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 CyD	Número de veces que limpia la encia de su bebe al dia	Cuidado niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL					

Tiempo en meses

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

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

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

10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce prácticas claves AIEPI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico últimos 6 meses	No. cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación 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 (Kg)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automá	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta s	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces

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

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

Version 13.
30042024

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 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 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 seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raices, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos leguminosas secas y mezcla	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

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

Version 13.
30042024

12. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo es calculado automát										Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra
1321751902	Jadira C.	NO	55	1,60		NO	Si	Si	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

1. Si 2.No 3.No aplica

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

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

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

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátano	2.Hortalizas y legumin osas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumin osas secas y mezclas	6.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Observaciones
120/60	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	

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 fisica semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perimetro abdominal	Perimetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistio al odontologo en el ultimo año	Asistencia planificación familiar en el ultimo año	Planificación familiar	Examen de testículo	Autoexamen de Seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de automa		Licor	N° Cigarrillos al dia	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica									

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

Mamografia	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
	1.Diabetes	2.Hipertension	3.Cotiroidal	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Hortalizas y legúminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legúminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promocion y mantenimiento	Observacio

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

Version 13.
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	HOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa control del adulto	Examen de próstata en hombres mayores de 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	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 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.Otra	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta	4.Carne, huevos leguminosa	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamiza je 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	☐

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.	Las Americas	Cra 3 # 24-52. piso 1.	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	28	11	2025	V2				V3			

Responsable 1: Patricia Quirama Acevedos	Responsable 1:	Responsable 1:
Responsable 2:	Responsable 2:	Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
María Fernanda Arias.	Carol Daniela Soto.	3217519020

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización social y ambiental en los entornos de vida cotidiana. con cuidados en el entorno del 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	Usuaria no permite el ingreso a la vivienda, manifiesto contar con todos los servicios publicos, tiene disposicion de. Basuras. Refiere libre moscas. no tenemos. de vasos:	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	no refiere. antecedentes familiares y enfermedades de base, refiere sentirse bien Acuerdo a/ progreso del joven, salud Bucal y alimentación familiar. Citologia. Educo / 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:

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

1. IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

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

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 183.	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	28-11-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1.				
No. De Personas de la Familia	1				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Cra 23 B # 23-22 piso 1
TELEFONO	3216731471
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Olivarria Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.877557	LONGITUD	-75.61678.
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS

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

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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)

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. Cuñados 14. Otros parientes 15.No.parientes 16.Servicio doméstico/cuidandero 17.Pariente servicio doméstico/cuidan

No.	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	SI/NO	No. Meses
1	CC	70092603	Ricardo	De Jesus	Correa	Mejia	M	16-04-58	67		1	1	1	si	4	1	0	NO	1	STI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0
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- Días
2 – Meses
3 – Años

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

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

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

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

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

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

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

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

Version 13.
30042024

4. AMBIENTE FISICO

TIPO DE VIVIENDA
- Casa o Apartamento: X
- Cuarto
- Otro tipo
- Casa Indígena

TENENCIA
1. Arriendo
2. Propia Pagando: X
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: X
- 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: X
- Filtrada
- Hervida
- Clarificación
- Asoleo

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

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

Estado del piso
bueno: ✓
malo

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

CIELO RASO?
SI/NO: NO

CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO

Estado del techo
bueno: ✓
malo

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

Grietas en paredes SI/NO

ESTADO DE LA COCINA
- Presencia humo de leña: 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
4. Caneca Sin tapa
5. Suelo

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

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

Separado de la Fuente: ✓

LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE

Energía eléctrica	✓	Alcantarillado	✓
Gas Natural Domiciliario	✓	Teléfono	✓
Recolección de Basura	✓	Acueducto	✓

OTROS DATOS ADICIONALES

Actividad lucrativa dentro de la vivienda: SI — Nombre de la actividad: Reciclaje

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA

Detergente	✓	Gasolina o inflamable	
Pólvora		Plaguicidas	
Agroindustrial		Adecuado	

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

Version 13.
30042024

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
EQUINOS	0	AVES	0	PORCINOS	0		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. 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	Ricardo de J. Correa.	NO	NO	4	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso 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	Ricardo de J. Correa	NO	NO	Si	NO	Si	Si	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

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

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

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

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

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 curso psicoprofiláctico	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT acelular	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1. HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preeclampsia	4.Gestación multiple	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo se calculado automáticamente al guardar el	Tensión arterial	Movimientos fetales

Tipo de sangre	ANTECEDESTES OBSTETRICOS										Antecedente embarazo anterior (último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Riesgo biológico	Intervalo intergendelco	Historia Gestacional						Estado actual de los hijos		Diabetes gestacional	Hipertensión maternal	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 amniótico)	Disminución de movimientos fetales (después de que los empleca a sentir)	Sensación de luces o ptos. delante de los ojos o del estómago	Hinchazón (edema) en la cara o hinchazón exagerada de los pies	Dolor de cabeza persistente		Control Prenatal	Curso Psicoprofilactico	Salud Bucal	Vacunación	Citología	Planificación	Observaciones

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 hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Control de C y D	Número de veces que limpia la encia de su bebe al día	Cuidado niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y 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 SALUD
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

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

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

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

Version 13.
30042024

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del Joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual 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, 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

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

Version 13.
30042024

12. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de prostata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testiculo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo es calculado 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 El (1-4-6)						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raices, tuberculos y platano	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carne, huevos, legumbres secas y mezclas	6.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citologia	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 fisica semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perimetro abdominal	Perimetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asesto al odontolog o en el ultimo año	Asistencia planificación familiar en el ultimo año	Planificación familiar	Examen de testiculo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automa		Licor	N° cigarrillos al dia	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastolica									

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

Mamografia	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
	1.Diabetes	2.Hipertension	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertension	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Hortalizas y legumi nosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos legumi nosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto z	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citologia	Ruta de promoción y mantenimiento	Observación

FICHA[illegible]MILIAR ATENCION PRIMARIA EN SA[illegible]UD
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	HOMBRES Y APELLIDOS	Asistencia 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	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia a charlas en familia en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)		Licor	Nº Cigarrillos al día	SPA	Comidchatarra	Sistólica	Diastólica								
70092603	Ricardo de J. Cortes.	NO	NO	NO	58	1,55		0	NO	10	NO	NO	130	70	79	81		NO	NO	NO	NO	NO

Autoexamen mama	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 legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes huevos legumi nosas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamiza je Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
NO	NO	Si	Si	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	NO	Si	NO	NO.	

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

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.	Las Juntas	Cra 23 B # 23-22 Piso 1	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	28	4	2025	V2				V3			
Responsable 1: Patricia Quintana Acevedo Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Ricardo de Jesus Correa M.	Ricardo de jesus correa M.	3216731471.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización. Social. y ambiental. en los entornos de vida. cotidianos. con enfasis en el entorno del hogar.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuario no permite el ingreso a la vivienda	Usuario permite el Ingreso, se observa buen estado. físico. aseo en todos los servicios, buena disposición de basuras Refiere comer poco; con frecuencia de verduras	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	Refiere antecedentes de Dm e Hipertensión no refiere. tener. enfermedades de base Remito al programa de adulto mayor, salud bucal, programa usual cobro en. Exámenes solicitados.	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
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

(3)

1. IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

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

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 182	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	28-11-2023				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	5.				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Clle 23 D # 38-04
TELEFONO	3142985353.
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Olivares Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.877731	LONGITUD	-75.61679.
NÚMERO MATRICULA:				

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

VISITA DE SEGUIMIENTO		
OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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)
Esperanza		Enriques	Guerra		34 años	
Esther		Enriques	Guerra		31 años.	
Lorelin		Ramirez	Enriques		14 años	
Lilia		Guerra	Valencia		54 años	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

3. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

o.	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	tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
1	cc	98349513	Eduardo		Enriques		M	05-02-65	60	3	2	1	1	si	2	1	0	NO	7	NEP	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	0
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. Indígena
2. ROM(GITANO)
3. Raizal (Archipiélago San Andrés y Providencia)
4. Palanquero de san Basilo
5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendientes

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

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

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

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

TIPO DE VIVIENDA	
.Casa o Apartamento	X
.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	✓
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	X
.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	2

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

AGUA CASERA	
.Sin tratamiento	
.Clorada	X
.Filtrada	
.Hervida	
.Clarificación	
.Asoleo	

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

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

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

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

ESTADO DE LA COCINA	
. Presencia humo de leña	NO
. Cocina aislada de los dormitorios	
. 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	
4.Caneca Sin tapa	
5.Suelo	

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

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

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

OTROS DATOS ADICIONALES			
Actividad lucrativa dentro de la vivienda	SI	Nombre de la actividad	Venta arepas

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

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

Version 13.
30042024

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedore SI/NO
PERROS	1		1	1	1		NO		NO
GATOS									Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	0	PORCINOS			NO		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 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	Eduardo Enriquez	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso espacios comunitarios por parte de los niños	Consideró en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención psicologica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Caseta comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Oración	4. Veeduría	6. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Eduardo Enriques	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaria de Salud		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. Juntas de Acción Comunal.
4. Media Pensión.
5. Ninguno

8. GESTANTES

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asiste a control prenatal	No. de controles	Asiste a curso psicoprofilact ico	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT acelular	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabete s	3.Preclam psia	4.Gestaci ón multiple	5.Otros		Fecha última menstruaci ón	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs	Talla (cms)	I.M.C. (Este campo se calculado automaticamente al guardar)	Tensión arterial	Movimient os 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 membrana	Sufrimiento fetal	Muerte neonatal	R.C.I.U.	Fecha último parto	Tipo parto	Serología	FTA-AS	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

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

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 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 SOSCIAL					

Tiempo en meses

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

¿Recibe almuerzo o refrigerio en 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 SALUD
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce prácticas clave AIPEI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico cada 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 automá	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raíces, tubérculos y plátano	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta s	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces

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

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

Version 13.
30042024

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del Joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual 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, raices, tubérculos 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

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

Version 13.
30042024

12. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de prostata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo es calculad 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, raices, tuberculos y platanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Observaciones

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 fisica semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perimetro abdominal	Perimetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistio al odontólogo en el ultimo año	Asesoria planificación familiar en el ultimo año	Planificación familiar	Examen de testiculo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automatica)		Licor	N° Cigarrillos al dia	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica									

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

Mamografia	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, tuberculos y platanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos nuevos legumbres secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citologia	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones

FICHA [illegible]MILIAR ATENCION PRIMARIA EN S[illegible]UD
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistencia 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 al médico familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo
					PESO (Kg)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automá		Licor	Nº Cigarrillos al día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								
4298 5353	Edwardo Enriquez	NO	NO	NO	67	1,60		0	NO	NO	NO	NO	140	80	83	91		NO	NO	NO	NO	NO

Autoexamen mama	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	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y	2.Hortalizas leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes huevos leguminosas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Plantilla con Familia	Tamiza Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Si	NO	NO	NO	Si	Si	Si	Si	Si	Si	NO	Si	NO	Si	NO	NO	

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

Version 13.
30042024

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.	Las americas	Clle 23. A # 3B-04.	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	28.	11.	2025	V2				V3			

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

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Eduardo Enriquez	Eduardo Enriquez	3142785353.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterizacion social y ambiental en los entornos de vida cotidiana. con enfasis en el entorno del 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.	Usuaria no permite el ingreso a la vivienda. se observa buenas estructura fisica externa, con buenas disposicion de basuras, Refiere contar con todos los servicios publicos, con falta de Aseo.	A M B	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	HTA.	Usuario Refiere no tener antecedentes familiares, Refiere ser hipertenso con tratamiento a su EPS. Remitir a salud bucal, tamizaje visual, educo en habitos 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:

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

1. IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

(2)

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

DATOS DE LA FAMILIA

VIVIENDA	2025 181	FAMILIA	1	COHORTE	B.

FECHA VISITA	28-11-2025
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	2.
No. De Personas de la Familia	5

DATOS SISBEN

FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Barrio Sta Elina Cra 6B 25-33
TELEFONO	3217719342
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quirama Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.8778	LONGITUD	-75.61719.
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS

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

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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)
Nino		Pareja	Pareja		77	
Leonidas		Ramos	Canayo		65.	
Beatriz	Helena	Villa	Silva		31	
Juan	Sebastian	Correa	villa		15.	

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

No.	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.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	25158333	Dora	Libia	Silva	Lopez		08-05-63	62		2	1	1	SI	3	4	0	NO	1	A.S	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	ND
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Version 13.
30042024

4. AMBIENTE FISICO

TIPO DE VIVIENDA
- Casa o Apartamento: X
- Cuarto
- Otro tipo
- Casa Indígena

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

ESTRATO
- Bajo bajo
- Bajo
- Medio bajo: X
- 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: 2

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

AGUA CASERA
- .Sin tratamiento
- .Clorada: X
- .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: ✓
- 4. Asbesto

CIELO RASO?
SI/NO: NO

CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO

Estado del techo
- bueno: X
- malo

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

Grietas en paredes SI/NO: NO

ESTADO DE LA COCINA
- . Presencia humo de leña: 0.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10
- . 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
- nergía eléctrica: ✓
- as Natural Domiciliario: ✓
- ecolección 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
- etergente: ✓
- ólvora
- groindustrial
- Gasolina o inflamable
- Plaguicidas
- Adecuado

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

Version 13.
30042024

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedore SI/NO
PERROS									NO
GATOS		1	1	1		1	NO		Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	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 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	Dora Libia Silva.	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO	NO
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. 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 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. Vesduria	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Dora Ibaz Silva .	NO	NO	Si	NO	Si	Si	NO	Si	NO	NO	Si	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a 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. Juntas de Acción Comunal.
4. Media Pensión.
5. Ninguno

8. GESTANTES

Version 13.
30042024

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

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

Micronutrientes			Por qué no los toma?	Síntomas de alarma					Presencia de síntomas de alarma	Remitir a						
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de liquido vaginal (sangrado o liquido amniótico)	Disminución de movimientos fetales (dejo de sentir los movimientos de que los empiece a sentir)	Sensación de luces o ptoa, dolor en la boca del estomago	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

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	Número de veces que limpia la encía de su bebe al día	Cuidado niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL					

Tiempo en meses

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

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

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

10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

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

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

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

Version 13.
30042024

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 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

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

Version 13.
30042024

12. JUVENTUD - 18 A 28

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

1. Si 2.No 3.No aplica

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

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

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

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria 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 mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	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 fisica semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perimetro abdominal	Perimetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistio al odontologo en el ultimo año	Asistencia planificacion familiar en ultimo año	Planificacion familiar	Examen de testiculo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula automa		Licor	Nº cigarrillos dia	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica									

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

Mamografia	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
	1.Diabetes	2.Hipertension	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertension	Displidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Hortalizas y legumi nosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos legúminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto z	Programa Salud Bucal	Planificacion familiar	Tamizaje Vaginal	Citologia	Ruta de promocion y mantenimiento	Observacion

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

Version 13.
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa 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 (Kg)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo calcula do auto)		Licor	Nº Cigarrillos/día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								
2515 B333	Dora L. Silva.	NO	—	NO	51	1,50		0	NO	NO	NO	NO	140	160	83	89		NO	NO	NO	NO	NO

Autoexamen de seno	Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						Observaciones
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otra	Diabetes	Hipertensión	Displidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raices, tubérculos y	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta	4.Carne, huevos, leguminosas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamiza Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	
NO	Si	Si	NO	NO	NO	NO	Si	NO	NO	NO	NO	Si	Si	Si	Si	Si	Si	NO	Si	NO	Si	Si	NO	

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

Version 13.
30042024

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.	Santa Elena.	Cra 6B. 25-33	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	28	11	2025	V2				V3			
Responsable 1: Patricia Quintero Ricardo Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Nuvo Pareja. Pareja.	Dona libia silva lopez.	3217719342.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización social y ambiental. en los entornos de vida Cotidiana. con enfasis en el entorno del 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 sentirse triste. participa de la iglesia.	A M B	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Dm.	Usuaria con antecedentes familiares de Dm Refiere tener dx de base Diabetes en tratamiento en su EPS, Remito a salud sexual y reproductiva y toma de citologia, 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:

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

Version 13.
30042024

(1)

1. IDENTIFICACION

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

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quiceno Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87797	LONGITUD	-75.6172.
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 180	FAMILIA	1	COHORTE	B.
FECHA VISITA	28-11-2025.				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2.				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Cra 6 B # 25-53
TELEFONO	3216282835
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

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

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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)
Jorge	Jhoany	Gimeniz	Gonzalez		30 años	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

3. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

o.	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	1004996017	Luisa	Fernanda	Camayo	Alvarez		07-08-2000	25	3	1	2	2	Si	11	1	0	NO	1	AS	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- Días
2 – Meses
3 – Años

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

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

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

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

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

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

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

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

Version 13.
30042024

4. AMBIENTE FISICO

TIPO DE VIVIENDA	
Casa o Apartamento	X
Cuarto	
Otro tipo	
Casa Indígena	

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

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

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

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

ESTRATO	
Bajo bajo	
Bajo	
Medio bajo	X
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	2-3-6-12-8

UBICACIÓN SANITARIO	
1.Dentro	X
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	X
malo	

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

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

ESTADO DE LA COCINA	
. Presencia humo de leña	6-8-9-10
. 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	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 rio, caño, quebrada, laguna	
6.La eliminan de otra forma	

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

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

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

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

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

Version 13.
30042024

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedore SI/NO
PERROS	1		1	1	1	0	NO		NO
GATOS									Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	0	PORCINOS	0		NO		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 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	Luisa F. Camayo	NO	NO	NO	2.	NO	NO	NO	SI	NO
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso 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	Luisa F. Camayo.	NO	NO	NO	NO	Si	Si	NO	Si	NO	NO	Si	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO.	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

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

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

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

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

8. GESTANTES

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asiste a control prenatal	No. de controles	Asiste a curso psicoprofiláctico	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT acelular	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1. HTA Crónica	2. Diabetes	3. Preeclampsia	4. Gestación 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 guardar)	Tensión arterial	Movimientos fetales

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

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

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 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				Conoce práctica clave AIPEI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontológico últimos 6 meses	No. capitados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor: últimos 6 meses	Control de placa últimos 6 meses	Presencia de materiales	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 plátano	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Fruta s	4.Carnes, huevos, legumbres secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces

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

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

Version 13.
30042024

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual 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 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, raices, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumin osas verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos legumin osas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

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

Version 13.
30042024

12. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula automát										Licor	N° Cigarrillos Al día	SPA	Comida chatarra
1004977[illegible] 17.	Camayo	NO	54	156.		NO	Si	Si	NO	NO	NO	NO	NO	2h.	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 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 mezclas	6.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Observaciones
120/60	Si	Si	NO	NO	NO	Si	NO	NO	NO	NO	NO	Si	Si	Si	Si	Si	NO	NO	Si	NO	Si	

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 fisica semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perimetro abdominal	Perimetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Acceso al servicio o en el ultimo año	Asistencia planificación familiar en el ultimo año	Planificación familiar	Examen de testiculo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula automa		Licor	N° Cigarrillos al dia	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastolica									

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

Mamografia	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	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Hortalizas y legumi. nosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos legúminosas secas y	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto z	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamiza je Visual	Citologia	Ruta promoción y mantenimiento	Observacio

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a 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 (Kg)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automá		Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Consumo 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.Otra	Diabetes	Hipertensión	Displidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Fruta	4.Carne, huevos leguminosas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamiza je 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	☐

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.	Santa Helena.	Cra 6B # 25-53.	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	28	4	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
Jorge Jhoanny Jimenez	Luisa Fda. Camayo. Alvarez.	3216282835.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Realiza visita de caracterización social y ambiental en los entornos de vida cotidiana con enfasis en el entorno hogar.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuario no Permite el Ingreso a la Casa	Usuaria refiere contar con todos los servicios públicos, buena disposición de los cuartos con fuentes de usos todos, Refiere que no se puede quedar quieta. se relacionan bien con los vecinos.	A M B	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Dm.	Usuario refiere antecedentes familiares de HTA y Dm. Refiere tener de base-Dm en tratamiento de EPS; Remito a. Salud bucal y citologia	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
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

1. IDENTIFICACION

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Sta Rosa	Urbano		Camino Manzanate	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quirama Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87239.	LONGITUD	-75.61755
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	179.	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	28-11-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	1				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Camino Manzanate Cs 725.
TELEFONO	3105458848
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA											13	
AÑO											2025	

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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

Version 13.
30042024

2. PERSONAS AUSENTES

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

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. Cuñados 14. Otros parientes 15.No.parientes 16.Servicio doméstico/cuidandero 17.Pariente servicio doméstico/cuidan

No.	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 N.A	SI/NO	No. Meses
1	CC	25160971	LUZ	obeida	lopez.	Duque -	F	16-10-65	60	3	2	3	1	si	1	4	0	NO	C	S	NO	S	W	40	LO	NA	W	0
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. Indígena
2. ROM(GITANO)
3. Raizal (Archipiélago San Andrés y Providencia)
4. Palanquero de san Basilio
5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendientes

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

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

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

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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
2. Vivienda con riesgo de inundación
3. Vivienda con riesgo de colapso
4. Número de personas por habitación: 2 Pers.

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, 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? S/NO: NO

CIELO RASO ADECUADO? S/NO

Estado del techo
- bueno: ✓
- malo

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

Grietas en paredes S/NO

ESTADO DE LA COCINA
- Presencia humo de leña: 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: ✓
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 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 roedore SI/NO
ERROS							NO		NO
ATOS	1		1	0	1				Caracol africano SI/NO
QUINOS		AVES	0	PORCINOS	0				NO
TROS		CUALES:	0						

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

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

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

Version 13.
30042024

7. 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 atención odontológica. SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención psicologica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontologica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Caseta comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Oración	4. Veeduría	6. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Luz Odeida Lopez	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

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

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

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

Version 13.
30042024

8. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeado	Planificación al momento del embarazo	Asiste a control prenatal	No. de controles	Asiste a curso psicoprofilactico	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT acelular	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preclampsia	4.Gestación multiple	5.Otros		Fecha cierre menstrual	Fecha probable de 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	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				Síntomas de alarma						Remitir a						
Hierro	Acido folico	Calcio	Por qué no los toma?	Salida de liquido vaginal (sangrado o liquido amniótico)	Disminución de movimientos fetales (cuenta de que los empieza a sentir)	Sensación de luces o ptoas, dolor en la boca del estomago	Hinchazón (edema) en la cara o Hinchazón exagerada de los pies	Dolor de cabeza persistente	Presencia de síntomas de alarma	Control Prenatal	Curso Psicoprofilactico	Salud Bucal	Vacunación	Citología	Planificación	Observaciones

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

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA 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	Número de veces que limpia la encia de su bebe al día	Cuidado niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL					

Tiempo en meses

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

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

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

10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consulta primera clave AIPEI	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 de automá	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Fruta s	4.Carnes, huevos, legumbres secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces

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

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

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del Joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	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 organizaciones del barrio o la escuela	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de automá													

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

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

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria El.(1-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raices, tuberculos 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	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

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

Version 13.
30042024

12. JUVENTUD - 18 A 28

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

1. Si 2.No 3.No aplica

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

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

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

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria 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, plátano	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, lácteos y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	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	HOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas control del adulto	Examen de papero en los ultimos 2 años	Citologia vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad fisica semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perimetro abdominal	Perimetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistio al odontologo en el ultimo año	Asistencia planificacion en el ultimo año	Planificación familiar	Examen de testiculo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automa		Licor	Nº Cigarrillos al dia	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastolica									

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

Mamografia	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, tuberculos y platanos	2.Hortalizas y legumbrosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos legumbrosas secas y	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamiza je Visual	Citologia	Ruta de promocion y mantenimiento	Observacio

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

Version 13.
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº 25160	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	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Asistencia por el médico familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo
					PESO (Kg)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo calcula automá		Licor	N° Cigarrillos/día	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica								
771	Luz D. Lopez	Si	No	No	54.	1.48		0	no	no	no	no	130	90	92	101		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	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y	2.Hortalizas leguminosas verdes	3.Fruta s	4.Carnes huevos leguminosas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamiza je Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
Si	Si	no	no	no	no	no	no	no	Si	no	no	Si	Si	Si	Si	no	no	Si	Si	No	Si	Si	Si	

5 hijos no le ayuda.

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

Version 13.
30042024

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.	Camino Monserrate. Las Americas	Calle 18 # Cs 25	

	DIA	MES	AÑO
V1	28	4	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 Obeida Lopez Duque.	Luz Obeida Lopez Duque.	3105458848

OBSERVACIONES

VISITA No.	
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Realiza visita de caracterización social y ambiental en los Entornos de vida Cotidiana con enfasis en el entorno del 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 Casa	Usuaria no permite el Ingreso a la Vivienda cuenta con todos los servicios públicos, buena disposicion de basuras refiere sentirse triste. con tenencia de mascotas	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 no refiere antecedentes familiares refiere tener. Dislipidemia. Acerca al programa de adulto mayor, Tamizaje visual y salud bucal, educo en habitos 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:

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

Version 13.
30042024

1. IDENTIFICACION

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Sta Rosa	Urbana		Las américas	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Viviana Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.88412	LONGITUD	-75.62536.
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	178	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	28-11-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	1				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	elle 23 B # 3B10
TELEFONO	3137829541
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA											13	
AÑO											2025	

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

2. PERSONAS AUSENTES

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

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. Cuñados 14. Otros parientes 15.No.parientes 16.Servicio doméstico/cuidandero 17.Pariente servicio doméstico/cuidan

No.	IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIEMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
	tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
1	CC	18594130	Jorge	Juan	Basquez		M	31-01-67	58	3	4	1	2	SI	11	1	0	SI	2	NEP	NO	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- Días
2 – Meses
3 – Años

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

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

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

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

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

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

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

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

Version 13.
30042024

4. AMBIENTE FISICO

TIPO DE VIVIENDA
- Casa o Apartamento: X
- Cuarto
- Otro tipo
- Casa Indígena

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

ESTRATO
- Bajo bajo
- Bajo
- Medio bajo: X
- 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

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

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

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

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

AGUA CASERA
- Sin tratamiento
- Clorada: X
- 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: SI

CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO: SI

Estado del techo
- bueno: SI
- malo

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

Grietas en paredes SI/NO: NO

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

RESIDUOS SOLIDOS ALMACENAMIENTO
1. Bolsas Plásticas
2. Costal o Estopa
3. Canecas Con tapa: 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 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: NO

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

OTROS DATOS ADICIONALES

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

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA
- Detergente: X
- 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

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	0	0	0	0	0	0	NO		NO
GATOS									Caracol africano SI/NO
EQUINOS		AVES		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. 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	Jorge Ivan Basquez	NO.	NO	1	NO	NO	NO	NO	NO	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso 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	Jorge Juan Busquez	NO	NO	Si	NO	Si	Si	NO	Si	NO	NO	Si	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaria 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. Juntas de Acción Comunal.
4. Media Pensión.
5. Ninguno

8. GESTANTES

Version 13.
30042024

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

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

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

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

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

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

Tiempo en meses

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

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

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

10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

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

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

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

Version 13.
30042024

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual 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 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 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 seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos leguminosas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

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

Version 13.
30042024

12. JUVENTUD - 18 A 28

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

1. SI 2.No 3.No aplica

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

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

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

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raices, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas	6.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	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	HOMBRES 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 fisica semanal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perimetro abdominal	Perimetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistio al odontólogo en el ultimo año	Asistencia planificacion familiar en el ultimo año	Planificacion familiar	Examen de testiculo	Autoexamen de seno
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automá		Licor	Nº Cigarrillos al dia	SPA	Comida chatarra	Sistólica	Diastólica									
18594 130.	Jorge Basgut	NO	NO	NO	79	1,64	0	8h.	~~SI~~ NO	NO	NO	NO	130	70	87	92	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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

Mamografia	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remitir a						
	1.Diabetes	2.Hipertension	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertension	Displidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumbres secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto z	Programa Salud Bucal	Planificacion Familiar	Tamizaje Visual	Citologia	Ruta de promocion y mantenimiento	Observacion
NO	Si	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Si	Si	Si	Si	Si	Si	NO	Si	NO	Si	NO	NO.	

Asma

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

Version 13.
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistencia a programa de 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 a programa de familias en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo
					PESO (Kg)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula 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.Otra	Diabetes	Hipertensión	Displidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y	2.Hortalizas y legumbinosas verdes	3.Fruta	4.Carnes, huevos, leguminosas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adulto Mayor	Programa de Salud Bucal	Planificación Familiar	Tamiza je Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones

Version 13.
30042024

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.
Sta Rosa	Las americas	Calle 23 B. # 3B 10	

	DIA	MES	AÑO
V1			
V2			
V3			

Responsable 1: Patricia Quintana Acevedo
Responsable 2:

Responsable 1:
Responsable 2:

Responsable 1:
Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Jorge Ivan Basquez	Jorge Ivan Basquez	3137829541

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterizacion social y ambiental, en los entornos de vida cotidiana en enfasis en el entorno del 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 con aparente Infraestructura adecuada, cuenta con todos los servicios publicos, NO tiene mascotas, se Observa aparente ambiente social adecuado.	A M B	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Asma.	Usuario Refiere sufrir de asma. con Antecedentes familiares de DM, se remite al programa de salud Bucal, y tamizaje Visual, se educa sobre buenos habitos de vida, y estilo de vida saludable.	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

1. IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

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

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Olivares Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.878483	LONGITUD	-75.62616
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	177	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	28-11-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	3				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Clle 23 B # 3 B 15
TELEFONO	3114254057.
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA											13	
AÑO											2025	

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

2. PERSONAS AUSENTES

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	SEXO – (M/F)	EDAD Unidad (días / meses / años)	ESTADO – (Activo/Inactivo)
Gustavo		tiro	Patiño	M	44 años	
					45 años	
Jose	luis	tiro	Guevero	M.	21 año	

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

No.	IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIEMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL				P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
	tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO NA	SI/NO	No. Meses
1	CC	24999144	Luz	Marina	Guerrero	morales	F	23-08-80	42	3	S	3	2.	Si	11	4	0	NO	S	NSP	6	N	N	N	N	NA	N	0
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

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

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

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

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

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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 1 Hotaro

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

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

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

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

Estado del piso
- bueno ✓
- malo

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

CIELO RASO?
SI/NO NO

CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO

Estado del techo
- bueno ✓
- malo

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

Grietas en paredes SI/NO NO

ESTADO DE LA COCINA
- Presencia humo de leña
- 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 NO

Version 13.
30042024

5. ANIMALES

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

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

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen en la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se 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	Luz Marina Guerrero	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uso 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 fisica	3. Oración	4. Veeduria	6. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Luz Marina Guerrero	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

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

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

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

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

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

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.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 se calculado automáticamente al guardar el	Tensión arterial	Movimientos fetales

Tipo de sangre	ANTECEDESTES OBSTETRICOS										Antecedente embarazo anterior (último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Riesgo biológico	Intervalo intergensésico	Historia Gestacional						Estado actual de los hijos		Diabetes gestacional	Hipertensión maternal	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?	Sintomas de alarma					Presencia de síntomas de alarma	Remitir a						
Hierro	Acido folico	Calcio		Salida de liquido vaginal (sangre o liquido amniótico)	Disminución de movimientos fetales (después de que los empiece a sentir)	Sensación de luces o ptoas, dolor de cabeza del estómago	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

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 o 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 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 SALUD
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Conoce practicas clave AIEPI	N. de Horas de actividad física semanal	Control odontologico ultimos 6 meses	No cepillados al dia	Uso seda dental	Aplicacion de flor ultimos 6 meses	Control de placa ultimos 6 meses	Presencia de maltrato	N° Comidas al dia	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, raices, tuberculos y platano	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Fruta s	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y	5.Lacteos	6.Grasas y dulces

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

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

Version 13.
30042024

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 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 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 dia	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(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 FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Secretaria 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 prostata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testiculo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo es calculado 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 El.(1-4-6)						Remitir a				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cirrosis	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raices, tubérculos y platanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Juventud	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Observaciones

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

Version 13.
30042024

Hipertensa x 8 años

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	HOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas control del adulto	Examen de próstata los últimos 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 chatarra	Presión arterial en mmHg: Sistólica	Diastólica	Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Indice cintura cadera	Señales de maltrato	Asistio al odontolog o en el último año	Asistencia de un familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo	Autoexamen de seno
2479593Y	LUZ M. GUARNIZO	NO	NO	NO	64.8	1.55		7	NO	NO	NO	NO	120	80	96	110		NO	NO	SI	NO	—	SI

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

Mamografía	Antecedentes familiares: 1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Colesterol	4.Cáncer	5.Otros	CRONICAS: Diabetes	Hipertensión	Displidemia	Enfermedad renal	EPOC	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Carnes, huevos leguminosas secas y	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Remitir a: Programa Adulto	Programa salud Bucal	Planificación Familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Observación
SI	NO	✓	NO	✓	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	✓	✓	NO	✓	✓	SI	

Hijo - Diabetico en Ho. crónico
la otra cuñada lecotroxina

FICHA [illegible]MILIAR ATENCION PRIMARIA EN SA[illegible]D

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

14. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa control del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			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 preventiva en familiar en el último año	Planificación familiar	Examen de testículo
					PESO (Kg)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula automá		Licor	Nº 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.Otra	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	1.Cereales, raices, tubérculos y	2.Hortalizas 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
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

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	Los Cuervos	Clle 23 B. #3B15	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	28	4	2025	V2				V3			
Responsable 1:	Patricia Quirama Acevedo			Responsable 1:				Responsable 1:			
Responsable 2:				Responsable 2:				Responsable 2:			

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quién recibe la visita:	N° telefono contacto
Gustavo Tiso Patiño	Luz Marina Guerrero Morales	3114254057

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización social y ambiental en los entornos de vida cotidiana con enfasis en el entorno del 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	Refiere contar con todos los servicios públicos, con buena disposición de basuras con tenencia de mascotas, Refiere sentirse triste, con buena estructura física externa.	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	Hipotiroidismo	Refiere antecedentes familiares de HTA y obesidad, refiere tener hipotiroidismo en tratamiento, Remito al programa del adulto mayor, a Salud Bucal, programa visual y citología. Educo 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:

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	.	25 Americas	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Chirivuza Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.88614	LONGITUD	-75.62748.
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	174	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	28-11-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	3				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	cra 3. # 24-52. piso 2
TELEFONO	3117571298
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA											12 28	
AÑO											NOV	

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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

Version 13.
30042024

2. PERSONAS AUSENTES

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	SEXO – (M/F)	EDAD Unidad (días / meses / años)	ESTADO – (Activo/Inactivo)
Gonzalo		Ardila	Rodriguez	M	76	
Sandra	Milena	Ardila	Anza	F	29	
Emiliano		Orolóñez	Ardila	M	7	

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

o.	IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIEMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL				P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
	tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
1	CC	4562175	Maria	Neila	Anza	Ruiz.	F	1-8-60	65		1.	2.	1	Si	2	4.	0	NO	S	Famisanar	Lo	SI	Lo	No	No	No	No	0
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. Indígena
2. ROM(GITANO)
3. Raizal (Archipiélago San Andrés y Providencia)
4. Palanquero de san Basilio
5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendientes

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

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

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

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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	2 5 0 5

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

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

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

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

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

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

ESTADO DE LA COCINA	
. Presencia humo de leña	
. 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			
nergía eléctrica	✓	Alcantarillado	✓
as Natural Domiciliario	✓	Teléfono	
ecolección de Basura	✓	Acueducto	✓

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

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA			
letergente	✓	Gasolina o inflamable	
ólvora		Plaguicidas	
groindustrial		Adecuado	

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

Version 13.
30042024

5. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedore SI/NO
PERROS		2.	2	2		2.	NO		NN
GATOS									Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	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 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	Maria Anza.	NO	NO	Si 5	N	N	N	N	Si	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	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	6. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Reina Arroyo	W	W	SI	W	W	SI	W	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 / 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. Juntas de Acción Comunal.
4. Medio Pensión.
5. Ninguno