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

Version 13
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	HOMBRES Y APELLIDOS	Edad del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Signos de alarma	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control urológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. controles de salud oral	CONSUMO			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Diligenciado en salud oral)										Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Consulta consumo

1. SI 2.No 3.No aplica

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

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

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

Posición vulnerable	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la vida diaria (1)(2)(3)(4)						Remisión				
	1.Diabetes	2.Hipertensión arterial	3.Cáncer	4.Enfermedad renal	5.Ninguno	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad renal	EPOC	Asma	1.Cereal, raíces, tubérculos y plátanos	2.Huevo, leche y derivados lácteos	3.Frutas	4.Carnes, vísceras, pescados y mariscos	5.Leguminosas	6.Grasas y dulces	Programa crecimiento y desarrollo	Programa salud bucal	Planificación familiar	Gestantes	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Acceso a programas control del adulto	Examen de próstata en hombres mayores 2 años	Cronología vacunal *	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Peso/talla en cuadrado en metros)	N. de horas de actividad física semanal	Consumo: Licor	N° Cigarrillos/día	SPA	Como cual?	Presión arterial mmHg: Sistólica	Diastólica	Perímetro abdominal	Perímetro de cintura	Indice cintura cadera	Profesional de cabecera	Acceso al odontólogo en el último año	Asesoría preconcepcional en el último año	Planificación familiar	Consumo de suplementos	Observaciones
25166852	Maria Gaona	NO	NO	2000	63	1.58		NO	NO	51	NO	NO	120	80	100	100	105	NO	NO	NO	NO	—	NO

7 de cada 91 días

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

Antecedentes familiares: 1.Ninguno	2.Hipertensión	3.Cardiovascular	4.Cáncer	5.Otros	CRONICAS: Diabetes	Hipotiroidismo	Epilepsia	Enfermedad renal	EPOC	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 1.Carnes (res, cerdo, pollo y pescado)	2.Huevos y lácteos	3.Frutas	4.Cereales (arroz, maíz, harinas, tubérculos y plátano)	5.Leguminosas	6.Grasas de origen animal	Remisión: Proceso de atención	Pregnancia (Riesgo Social)	Plan de manejo Familiar	Tamizaje de violencia	Citología	Ayuda con pañales y alimentos	Otros
NO	NO	NO	NO	Artritis	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI		

Version 13
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa control del adulto	Edad en años cumplidos al momento de la atención	Cronograma vigente	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: PESO (KGS)	TALLA (CMS)	IMC (Peso / talla² en metros)	N. de horas de actividad física semanal	Consumo: Licor	Consumo: N° cigarrillos fuma día	Consumo: Sopa	Consumo: Cuenta de ahorro	Posible estado mental: Static ton	Posible estado mental: Dificultad	Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Semana de gestación	Estado nutricional en adulto mayor	Antecedente personal en el último año	Diagnóstico del cuidador	Derivado de telesalud

Asistencia a cita de adulto mayor	Antecedente personal	Antecedentes familiares: 1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer	4.Demencia	5.Otros	CIRUGÍAS: Diabetes	Hipertensión	Cáncer	Enfermedad cardiovascular	ERC	Tipo de alimento consumido más frecuentemente: 1.Carnes, huevos, leguminosas y lácteos	2.Cereales, raíces, tubérculos y leguminosas	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas y lácteos	5.Cereales	6.Grasas y azúcares	Derivados: Programa de Atención Adulto	Programa Crecimiento y Desarrollo	Planificación familiar	Tamizaje Visual	Citología	Ruta de atención integral gestante	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
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio: Santa Rosa			Barrio o Vereda: Santa Elena		Dirección: Cra 7 # 25-81				Ficha familiar No.		
V1	DIA: 07	MES: 11	AÑO: 2023	V2	DIA:	MES:	AÑO:	V3	DIA:	MES:	AÑO:
Responsable 1: Responsable 2:	patricia Quirama Acosta			Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	N° teléfono contacto
Carlos Andres Gomez Montes	Martha Lucia Gomez	3113084111

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterizacion social y ambiental en los entornos de vida cotidiana con apoyo 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			(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			(A) (M) (B)	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

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

.IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

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

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2015 156	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	07 NOV-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	4				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	B Cll 26 #6-45
TELEFONO	320738
CORREO ELECTRONICO	3103877726

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Oviedo Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87817	LONGITUD	-75.6173 39
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA											07	
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)
Daniel	stefan.	Duque.	correo	M	17.	
Sandra.	aulens.	Duque	correo.	F	25.	
Alejandro		Parra.		M.	26	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13,
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

1.Jefe 2. Conyegue o compañero 3. Hijos 4. nietos 5. Padres 6. Hermanos 7. Yerno o nuera 8. Abuelos 9. Sobrino 10. Tios 11. Sobrinos 12. Primos 13. Cuñados 14. Otros parientes 15.No parientes 16.Servicio domestico/conductor/compañero 17.Parente servicio domestico/hijos

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD: UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APORTANTES	OCUPACION	¿CUANTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACION		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. de meses	
Tipo	NUMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	C				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Discapacidad SI/NO	Discapacidad cual	Discapacidad tipo	Desplazado SI/NO	SI/NO NA	SI/NO	No. meses
CC	25175781	Luz	Heleva	Correa	Rodriguez	F	20-11-	48	3	4	1	1	Si	2	0	4	NO	S	NNA	NA	Si	IN	0	NO	NA	NO	0

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

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

Nivel Educativo
1- Ninguno
2- Secundaria
3- Medio o Tecnológico
4- Universidad
5- Ninguno 6 - Ninguno

Actividad/Estado Mes:
1 – SIN ACTIVIDAD
2- Trabajando
3- Buscando Trabajo
4- Estudiando
5- Oficios en el Hogar
6- Rentista
7- Jubilado
8- Incapacitado

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

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

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

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

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

lee poco

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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

ESTRATO
1.Bajo bajo ✓
1.Bajo
1.Media bajo
1.Medio
1.Medio Alto
1.Alto

AGUA CASERA
1.Sin tratamiento
1.Clorada ✓
1.Filtrada
1.Hervida
1.Clarificación
1.Aseo

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

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

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

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

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

Estado del piso
bueno ✓
malo

ESTADO DE LA COCINA
1. Presencia humo de leña 10
1. Cocina aislada de los dormitorios
1. Cocina aislada del sanitario
1. Tiene nevera
1. Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas

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

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

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

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

Estado del techo
bueno ✓
malo

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

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

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

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, Rústicos
8. Sin Paredes

Grietas en paredes SI/NO 5

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

Separado de la Fuente ✓

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

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

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

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

Version 13.
30042024

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

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona en la casa le dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, o que le toque en la boca o tocen sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente ilógico 2. No se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojado 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. Se da golpes o otra cosa 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. Dice que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se se deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas es 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	Requiere intervención psicológica	Observaciones
1	Luz Helena Correa	Si	Si	1	3	no	no	no	Si	
2										
3										
4										
5										
6										

4
Escucha

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	Los espacios comunitarios por parte de los niños	Consultó en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consultó en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consultó en el último mes buscar atención psicológica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes SI / NO	Ha asistido a consulta odontológica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos o organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Centro comunal	3. Iglesia	4. Sitio de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividades físicas	3. Cívicos	4. Veredal	5. Ecológicas	6. Juveniles	7. Otro	Cual
1	Luz Helena Gomez	NO	NO	SI	NO	NO	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 alguna red de apoyo social de la Secretaria de Salud		Otra ? Cual?	Pertenece al programa

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

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

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

Version 13.
30042024

3. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual planeada	Posibilidad de remisión de embarazo	Asistencia a control prenatal	Peso pre-gestacional	Asistencia a controles posteriores	Consejería anticonceptiva	Toxoide Tetánico		Hallazgos	DPT tratados	Ayuda de la Gestante					Autoconsciencia Psicosocial	Defensa actual								
								1a	2a			1 Visita Odontol.	2 Odontol.	3 Profesional	4 Control Hig. Oral	5 Otros		Fecha última menstruación (FUM)	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso actual (Kgs)	Talla (cms)	IMC (Peso actual en kgs / talla en mts2)	Tensión arterial	Hemoglobina

Plan de gestante	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Resultados valoración anexo 1 (Alto riesgo)									Exámenes de laboratorio				
	Partos anteriores	Anormales anteriores	Historia Ginecoobst					Grado sobrepeso Obs			Diabetes gestacional	Hipertensión inducida	Preeclampsia	Diabetes pregestacional	Sobrepeso Obesidad	Mioma uterino	RCIU/OLI	Fecha última gesta	Tipo parto	Sangre/grupo	FTA-Abs	Vdrl	Hepatitis B	Toxoplasmosis IG
			Fecha última gesta	Partos a término		Cesáreas		Abortos	Talla	Peso															
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																		

Micronutrientes			POR QUE NO TOMA?	Motivos de alarma					Remisión por antecedentes obstétricos	Remitir a						
Hierro	Acido Folico	Calcio		Sangrado vaginal (cantidad y color) Perdida de líquido amniótico	Disminución de movimientos fetales (después de las 20 semanas)	Sensación de fiebre o dolor en miembros inferiores	Hinchazón (cara) en la cara o Hinchazón exagerada de las piernas	Dolor de cabeza persistente		Control Prenatal	Control Psicosocial	Dental Bucal	Vacunación	Citología	Planificación	Odontología gestante

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 LACTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Signos respiratorios y diarrea en los últimos 8 meses	Prematuro o maltrato	Control de C y D	Número de veces que limpia la cavidad oral en el día	Cuidador niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL					

Tiempo en meses

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

¿Recibe almuerzo o refrigerio en 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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consejo preconcepcional	No. de horas de actividad física semanal	Consumo sustancias psicoactivas	Hb. Urinaria al día	Uso de tabaco	Aplicación de flúor o sellantes	Control de placa o ortodoncia	Prevención de accidentes	Nº Consultas al año	Tipo de alimento consumido en la última semana [1] [2-4]					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Solo incluir la última valoración)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										Lácteos (no deslactosados, deslactosados y yogurt)	Jugos de frutas y bebidas lácteas	Gaseosas	Alimentos chatarra (paquetes, galletas y dulces)	Snacks	Alimentos de la olla

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

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

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	Motivo de inasistencia	Esquema de vacunación completo	N° de horas de actividad física semanal	N° Cigarrillo al día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de sustancia química	Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Cuidado adultos	Presencia de maltrato	Acompañamiento a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Bien dispo de talla do edad)													

1. No asistio 2. Pobre 3. Ingresó 4.CRU 5. Rino 6. Quirúrgico 7. Cambio
8. Ovulo, tetosa 9.Ingreso ausentismo 10. Emergencia 11. Otros

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

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria El (1-4-6)						Remite a					
					1.Cereales, raices, tuberculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres ricas en verde	3.Fruta s	4.Carne s, huevos legumin osas secas y mezclas	5.Leche s	6.Grasas y y dulce s	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

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

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Consul del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Defecto de maduración	Planificación n. Patrón	Control de planificación en el último año	Citología vigente	Razones de prioridad	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 (Peso ideal para su talla)										1.Licor	N° Cigarrillos por día	Pipa	Consumo sicoactivo

1. SI 2.No 3.No sabe

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

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

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

Procedencia comunidad	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de vinculo consultado en la última vez SGSSS						Familia				
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer	4.Obesidad	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Diabetes gestacional	Enfermedad renal crónica	EPOC	Asma	1.Contributivo	2.Subsidiado	3.Vinculado	4.Otro régimen especial	5.Lesiones	6.Urgencias y Oculto	Programa materno perinatal	Programa Salud Infantil	Planificación familiar	Citología	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas comunitarios	Consumo de psicoactivos en los últimos 3 años	Gestante vigente	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de frutas y verduras que consume	Consumo de				Presión arterial sentado		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Consulta de morbilidad	Asistió al asesoramiento en el último año	Asistencia asesoramiento en el último año	Presentes en familia	Ausencia de integrantes	Asistencia
					Peso (Kgs)	Talla (Cms)	IMC (Peso en kilos/talla en metros al cuadrado)		Licor	N° Cigarrillos día	Cerveza	Cuenta o cuentas	Sistólica	Diastólica									
25177581	Helena Correa	NO	-	SI	65	1.50		0	NO	5 SI	NO	SI	130	80	109	115		NO	NO	NO	NO	-	NO

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

Hemoglucotest	Antecedentes familiares					ERRORES					Tipo de tratamiento ordenado en la última cita						Results						
	1.Cáncer mama	2.Hipertensión arterial	3.Cáncer gástrico	4.Cáncer de	5.Ninguno	Diabetes	Epilepsia	Diabetes mellitus	Enfermedad mental	EPOC	1.Cáncer mama, cuello uterino y próstata	2.Hipertensión arterial	3.Diabetes	4.Cáncer de mama, cuello uterino, próstata y gástrico	5.Ninguno	6.Otros de y cuáles	Programa Jornada Nacional de la Salud	Programa Mi Salud Cuenta	Diagnóstico Nuevo	Tomado por primera vez	Control	Ruta de promoción y mantenimiento	Si/No
NO	✓	✓	✓	NO	Epoc	no sabe	no sabe	no sabe	no sabe	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	✓	✓	NO	✓	NO		

Tirados

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

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Autora de preservativo anticonceptivo oral de emergencia	Consumo de cigarrillo en los últimos 2 años	Cronología vacunal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Función auditiva y visual		Determinantes ambientales	Determinantes de contexto	Lugar de lectura medida	Sentidos de seguimiento	Detección de violencia en el último año	Autocuidado psicológico en el último año	Plan familiar de riesgo	Usuarios de tecnología
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se actualiza de manera automática)		LICOR	Ac. Cigarrillo/día	SPA	Consulta de Urgencias	Disminución	Diminución								

Autocuidado en el último mes	Observaciones	Actividad en Gestantes					CEFALEAS					Tipo de alimento consumido en la última hora						Vacunas						
		1.Citología	2.Ecografía	3.Consulta prenatal	4.Consulta odontológica	5.Control	Dolor de cabeza	Náuseas o vómitos	Dolor abdominal	Enfermedad mental	EPOC	1.Carnes rojas, cerdo y otras	2.Carnes procesadas	3.Frutas	4.Carnes procesadas blancas	5.Lácteos	6.Grasas y aceites	Progresa Adultos Mayor	Progresa Cuidado Global	Atención Centrada en Familia	Tamizaje Visual	Glicemia	Mayor de 60 años y presencia de enfermedad crónica	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 Elena.	Clle 26. 76-45	

V1 DIA	V1 MES	V1 AÑO	V2	V2 DIA	V2 MES	V2 AÑO	V3	V3 DIA	V3 MES	V3 AÑO
07	11	2025								

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

Nombre del Jefe del Hogar	Nombre de quien recibe la visita:	Nº telefono contacto
Luz Helena Correa. Rodriguez	Luz Helena Correa Rodriguez	3103877526.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se lleva visita de caracterización (en forma) 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)

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1			A M B	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1			A M B	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

.IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

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

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quintana Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	1878278	LONGITUD	-756174
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2023 K55	FAMILIA	1	COHORTE	D
FECHA VISITA	07-11-2023.				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	3.				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Calle 26 6B 15
TELEFONO	3209161653
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA										07		
AÑO										2023		

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)
Gustabo		Megia	Roche	M	47	
Maria		hdera	Megia	F	18	
Julian	David	Gutierrez	Galindo	M	22	
Ioiana		Gutierrez	Megia	F	1 d/N	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

IDENTIFICACION		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No. APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUANTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.S.	Gestante No. en meses	
Tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Discapacidad SI/NO	Discapacidad Cual	Desplazado SI/NO		SI/NO	No. Meses
CC	32765251	Gloria	Ines	arteaga	alvarez	F	28/10/1965	53	A	1	1	1	SI	3	0		NO	S	NEVA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Tecnica o Tecnologica
4- Universidad
5- Preescolar o Ninguno

Actividad Otras Ocupaciones
0 – Sin Actividad
1- Estudiante
2- Buscando Trabajo
3- Incapacitado
4- Oficios en el Hogar
5- Rentista
6- Jubilado
7- Interno

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

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

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

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

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

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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

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

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

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

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

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

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

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

AGUA CASERA
1. Sin tratamiento
2. Clorada ✓
3. Filtrada
4. Hervida
5. Clarificación
6. 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, Ranchа ✓
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
1. Presencia humo de leña
2. Cocina aislada de los dormitorios ✓
3. Cocina aislada del sanitario ✓
4. Tiene nevera ✓
5. Alimentos perecederos y no perecederos, están almacenados con sustancias tóxicas

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

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

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

Separado de la Fuente ✓

LA VIVIENDA CUENTA CON SERVICIOS DE

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

OTROS DATOS ADICIONALES

Actividad lucrativa dentro de la vivienda SI/NO

Nombre de la actividad

ALMACENAMIENTO DE QUIMICOS EN LA VIVIENDA

Detergente	✓	Gasolina o Inflamable	
Pólvora		Plaguicidas	
Agroindustrial		Adecuado	

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA

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

Version 13.
30042024

. ANIMALES

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

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

	HOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa les dice que se sirven para nada, que todo les queda mal, que son irresponsables? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a esta a tener relaciones sexuales, a que le hagan en la boca o tocas sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Algun persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. Se mueve muy despacio 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se baña 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Se mueve muy despacio 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que las otras son 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 mediano 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 más o menos alterada 2. Toma mucho licor o otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor o otras drogas, pasa, insulta, tiene delitos 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remite a intervención estrategias	Observaciones
1	Gloria Ines arteaga	NO	NO	NO	5	NO	NO	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Usa espacios comunitarios por parte de los niños	Consulta en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consulta en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consulta en el último mes buscar atención psicológica. SI / NO	No asistió a consulta médica en el último mes. SI / NO	No asistió a consulta odontológica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos o organizaciones del barrio							
		1. PS, Centro o Puesto de Salud	2. Cancha comunal	3. Iglesia	4. Otro de - especifique									1. Ninguno	2. Actividades Padres	3. Oración	4. Vecinales	5. Ecológicos	6. Juveniles	7. Otro	Cual
1	Gloria Ines Arteaga	no	no	si	no	no	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 visitas de apoyo social de la Secretaria de Salud		Otra ¿Cual?	Pertenece al programa

1. Nuclear
2. Monoparental
3. Extensa -
4. Reconstruida
5. Persona sola.

1. Ampliado de inmunizaciones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Rural.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Crónicos.
8. DILS 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. Otra.
17. Dirección local de Salud.

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

Version 13.
30042024

3. GESTANTES

N.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado civil al ingreso	Nivel educativo mayor nivel de estudios	Ocupación (nombre oficio)	Fecha de nacimiento	Edad cumplida en años	Clasificación nutricional gestante	Vacuna Tetánica 1ra	Vacuna Tetánica 2da	Influenza	DPT gestante	Antecedentes familiares 1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preeclampsia	4.Obesidad pregestacional	5.Otros	Antecedentes Personales	Embarazo actual Fecha probable parto (FPP)	Fecha primera consulta prenatal	Semanas de gestación	Peso gestante (Kgs)	Talla gestante (mts)	IMC (Índice de masa corporal) pregestacional o primer control prenatal	Tamizaje sífilis	Micronutrientes suplementados

Tipo de identificación	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Antecedente embarazo anterior (Último embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Número identificación	Nacionalidad extranjero(a)	Historia Gestacional						Estado civil de la mujer		Gestaciones previas	Hijos nacidos vivos	Hijos nacidos muertos	Hijos vivos actualmente	Embarazos ectópicos	Número abortos	EG/DUC	Fecha último parto	Tipo parto	Hemoglobina	HTA inducida	VIH	Hemoglobina II	Micronutrientes suplementados
			No. de Gestaciones	Hechos registrados		Cesáreas		Abortos	Unión	No unión															
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																		

Diagnóstico			Plan tratamiento mes anterior	Motivos de alarma					Motivos de alarma cumplidos	Remisión						
Nombre	Código Clínico	Cantidad		Sangrado vaginal (cualquier cantidad)	Dolor abdominal de moderado a severo (cualquier intensidad)	Fiebre mayor de 38 grados centígrados	Disminución de movimientos fetales (menos de 10 en 2 horas)	Convulsiones		Control Prenatal	Consulta Preconcepcional	Salud oral	Vacunación	Citología	Planificación	Otros remisiones

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

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	HOMBRES 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 ultimos 6 meses	Presencia de maltrato	Control de CyD	Numero de veces que llevo la niña o niño de su hogar al día	Cuidador niño 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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				CONDICIONES CRONICAS ASPEC	No. de atenciones realizadas en el mes	Control odontológico en último año	Uso de pólizas	Uso de pólizas	Aplicación de flúor y/o sellantes	Consulta de primera vez en el mes	Procedencia de la consulta	Nº Consultas en el año	Tipo de alimento consumido en la última semana (1,2,3,4,5)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (CATEGORIZADO SEGÚN CURVAS DE CRECIMIENTO)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTATIVA	AUDITIVO Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Frutas, verduras, tubérculos y plátanos	2.Huevo, vísceras y lácteos	3.Frutas	4.Cereales, tubérculos, lácteos y plátanos	Suplementos	Cuál(es) suplemento

EXPERIMENTACION			Participación en organizaciones comunitarias	Expresa hablar o oír IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Prácticas claves lavado de manos antes de comer	Cuidados orales y otras	Prevención de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Control CyD	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														CyD	Programa Salud Bucal	Otro / Cual	Observaciones
			1. Sindicato 2. Asociaciones 3. Ninguno				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino 4. 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

(El HCI)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual entre los 12 y los 17 años	Aplicación de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de horas de actividad física semanal	N° Comidas al día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organización o red del barrio o la escuela	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Mide cuerpo en razón de estatura)													

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

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

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	No. cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Consumo de pilas en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria El (1-6-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres crudas, verde	3.Frutas	4.Carne, huevos, leguminosas secas y mariscos	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

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. sesiones de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (KGS)	TALLA (CMS)	IMC (Este campo se calcula automat.)										Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Consulta Consumo

1. SI 2.No 3.No aplica

5. No planifica 2. Pastas 3. Inyectable 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Ovulos, 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

Pueblos indígenas	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de violencia cometida en la última vez (VIF)						Familia				
	1.Diabetes	2.Hipertensión arterial	3.Cáncer familiar	4.Otros	5.Ninguno	Diabetes	Hipertensión arterial	Discapacidad mental	Enfermedad mental	EPOC	Cáncer	1.Control de relaciones cotidianas de pareja	2.Manejo inadecuado de la autoridad	3.Físico	4.Control de relaciones económicas y sexuales	5.Ninguno	6.Otros	Programa de Juventud	Programa de 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

TIP	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a consulta de control del adulto	Edad en años cumplidos en la consulta	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			No. de consulta de control del adulto	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Saturometría de oxígeno	Glicemia basal capilar	Serología de gestantes	Agudeza visual de cerca ojo izquierdo	Agudeza visual de cerca ojo derecho	Enfermedades de Transmisión Sexual	Examen de seno	Asintomático
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de manera automática)		Licor	No cigarrillos al día	EPA	Consumo de alcohol	Sistólica mm	Diastólica mm									
1039652371	[illegible]	SI	NO	1 año	58	1.47		NO	NO	NO	NO	NO	120	80	103	103	93	NO	SI	NO	NO	NO	28

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

Antecedentes familiares	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remisión						
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer	4.ERC	5.Otra	Diabetes	Hipertensión	Epilepsia	Enfermedad mental	ERC	1.Carne roja, huevos, cerdo y pescado	2.Leche y lácteos	3.Frutas	4.Granos, tubérculos y plátanos	5.Cereales	6.Grasas y azúcares	Pirámide Alimentaria	Pirámide Guías	Derivó CECOS Comisaría	Terapia de visitas	Citología	Ruta de atención integral (Materno perinatal)	Otros
SI	NO	NO	NO	NO	OSTEO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO		

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas de atención del adulto	Examen de citología en los últimos 3 años	Clasificación riesgo 1	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Pa. de hierro suplementación mensual	Consumo de				Prueba rápida VIH/Sífilis		Remisión odontológica	Remisión de Cirugía	Jornada Nacional de Vacunación	Gestantes de menores	Asistió al crecimiento y desarrollo en el último año	Asistencia programas de promoción y prevención en el último año	Plan Familiar de Intervención	Examen de Tamizaje
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	Indice cintura cadera (ICC)		Licor	Ivermectina 3mg/kg dosis única	SPA	Cantidad de alcohol	Glicemia	Dislipidemias								

Asistencia a otro sector	Resultado perfil lipídico	Actividades Individuales					CIRUGIAS					Tipo de alimento consumido en la Vida Diaria						Remisión						
		1.Dieta sana	2.Hábitos saludables	3.Cuidado personal	4.Cáncer de	5.Cáncer de	Diabetes	Hipertensión	Diabetes gestacional	Enfermedad mental	Ninguna	1.Granos, tubérculos, cereales y	2.Frutas, verduras y hortalizas	3.Proteínas	4.Grasas, leguminosas, frutos secos	5.Lácteos	Ninguno de los anteriores	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Programa Crecimiento y	Tamizaje Visual	Citología	Plan de gestantes y madres lactantes	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

Version 3
30/04/2024

Municipio	Barrio o Vereda	Direccion	Ficha familiar No.
Santa Rosa.	Santa Elena.	Clle 26 # 6B-45	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	07	11	2023	V2				V3			

Responsable 1: Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:
Arthua Olivares Acevedo		

Nombre del Jefe del Hogar	Nombre de quien recibe la visita	N° telefono contacto
Gloria Inez / Gustavo Arley Zapata	Gloria Inez. Ortega. Alvarez	3209261653

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 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			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			A / M / B ✓	A / M / B	A / M / B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

.IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

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

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 154	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	07-11-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2.				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Cra 6 C. #25-41 ✓
TELEFONO	3 no tiene. 3128800134.
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Olivares Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.8779	LONGITUD	-75.6174
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA											7	
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)
Nataly		Astudillo	Jimenez	F	40 años	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

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. de meses	
(tipo)	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
CC	25094503	Nidia	Alicia	Jaramillo	—	F	14-3-46	39	3	3	1	0	NO	0	4	0	NO	S	[illegible]	NA	NO	0	N	S	[illegible]	NO	0

- Tipo Documento: 1 - Cedula de Ciudadanía, 2 - Cedula de Extranjería, 3 - Pasaporte, 4 - Registro Civil, 5 - Tarjeta de Identidad, 6 - No Tiene
- Unidad de Medida: 1- Días, 2 – Meses, 3 – Años
- Nivel Educativo: 1. Primaria, 2- Secundaria, 3- Técnica o Tecnológica, 4. Universidad, 5- Preescolar, 6- Ninguno
- Actividad Último Mes: 0 – Sin Actividad, 1- Trabajando, 2- Buscando Trabajo, 3- Estudiando, 4- Oficios en el Hogar, 5- Rentista, 6- Jubilado, 7- Jenubilado
- Tipo de Usuario: 1- Subsidiado, 2- Contributivo, 3- Pobre no Asegurado, 4- Particular, 5- Regimen Especial
- ETNIAS: 0- No aplica, 1- Indígena, 2- ROM (GITANO), 3- Raizal (Archipiélago San Andrés y Providencia), 4- Palenquero de san Basilio, 5- Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente
- Por enfermedad, accidente o vejez no tiene ninguno de los siguientes con el idioma de Señas permanente: 1- Ceguera Total, 2- Sordera Total, 3- Mudez, 4- Dificultad para moverse, caminar por el 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 a leer y escribir
- Tipo de Discapacidad: 1- Psicológica, 2- Auditiva de Lenguaje, 3- Auditiva de Sordera, 4- Enfermedad Profesional, 5- Visual, 6- Sin especificar
- Se autoriza a preguntar la situación de discapacidad: 1 - SI, 2 - NO, 3 - No aplica

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estado del piso
bueno ✓
malo

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

CIELO RASO?
SI/NO ✓

CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO ✓

Estado del techo
bueno ✓
malo

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

Grietas en paredes SI/NO ✓

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

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

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

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

Separado de la Fuente ✓

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

OTROS DATOS ADICIONALES

Actividad lucrativa dentro de la vivienda ✓ — Nombre de la actividad

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA
- Detergente ✓
- Nivera
- Agroindustrial
- Gasolina o inflamable
- Regulados
- Adecuado

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

Version 13.
30042024

. ANIMALES

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

Huella, rastro o señales de roedore SI/NO
NO
Caracol africano SI/NO
NO

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa le dice que no sirves para nada, que todo les queda mal, o les dice insultos? (SI, NO, NA)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que le besen en la boca o cacen sus partes íntimas? (SI, NO, NA)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente nerviosa 2. No se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperada 2. Siente que ya no puede seguir adelante 3. Llora mucho 4. Se aleja de las otras 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otro grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son 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. Ausencia o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o pasa bien 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 ante nada 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. No quiere la visita de otras casas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor o otras drogas, pelea, insulta, tiene peleas 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Mª nieves Jiménez	NO	NO	1	3	NO	NO	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

Vive sola no tiene apoyo de hijos algunos veces la cuida hija y nietos

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de los servicios del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Una expresión comunitaria por parte de los niños	Considera en el último año haber sufrido violencia física. SI / NO	Considera en el último año haber sufrido violencia psicológica. SI / NO	Considera en el último año haber sufrido violencia psicológica. SI / NO	Se ausenta a consulta médica en el último mes. SI / NO	Se ausenta a consulta odontológica en el último año. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS. Centro o Puesto de Salud	2. Centro comercial	3. Iglesia	4. Sitios de recreación									1. Adulto mayor	2. Juventud o Unión	3. Deportivo	4. Veredales	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Mª Nieves Jiménez	NO	NO	NO	NO	NO	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 unidad de apoyo social de la Secretaria de Salud		Otra ¿Cual?	Pertenece al programa

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

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

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

3. GESTANTES

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual (Activo)	Fecha de inicio al control del embarazo	Asistencia control prenatal	No. de controles	Asistencia control odontológico	Consulta odontológica	Tamaño Del Niño		Edad gestacional	EPT realizado	Antecedentes Gestacionales					Antecedentes Patológicos	Estado actual									
								7	8			1. Vida Obstétrica	2. Abortos	3. Partos por vía	4. Cesáreas	5. Abortos		Fecha última menstruación	Peso inicial	Semanas por ecografía	Edad gestacional (SEG)	Peso actual	Talla	Lactancia (Edad, semanas de gestación, semanas de lactancia, presencia de ictericia)	Tamizaje completo	Riesgo biopsicosocial

Tipo de embarazo	Antecedentes Gestacionales										Antecedentes ginecológicos									Exámenes de laboratorio				
	Antiguo fumador	Sustancias psicoactivas	Historia Gestacional						Estado actual de la Mujer		Citología	Infección vaginal	Flujo vaginal	Prurito vulvar	Dolor pélvico	Sangrado vaginal	VIH	Sífilis	Tipo parto	Citología	VDRL	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesáreas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Motivo Consulta			Por qué motivo fue tomada?	Signos de alarma					Presencia de síntomas respiratorios	Remisión						
Motivo	Análisis Motivo	Código		Sangrado vaginal (cantidad, color, olor, consistencia)	Disminución de movimientos fetales (cuantificación de movimientos fetales, ritmo, ausencia de movimientos)	Disminución de tamaño uterino, ausencia de crecimiento uterino	Rotura de bolsa o salida de líquido amniótico por vagina	Mareo o convulsiones		Control Prenatal	Control Puerperio/Crecimiento	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 GTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Ingreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Controles de C y D	Número de veces que limpia la encia de su bebe al dia	Cuidador niños y niñas
		Gestacional	Infantil	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL					

Tiempo en meses

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

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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				CONSULTA PRIMERA INFANCIA	No. de Horas de actividad Física semanal	Consulta nutricional y/o crónicos	No. vacunas al día	Uso tecnología	Aplicación de flúor y sellantes	Consulta de ortodoncia y ortopedia	Prevención de maltrato	No. Consultas al día	Riesgo de alteración en la salud oral [5-11]					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Solo aplica para niños de 5 años)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Caries, lesiones blancas y pardas	2.Enfermedad periodontal y Segunda infancia temprana	3.Maloclusiones	4.Caries en lesiones radiculares	5.Trauma dental	6.Otros riesgos y alertas

EXPERIMENTACION			Participación en organización de su barrio o localidad	Signos de alarma y peligro y ERA en los últimos 2 meses	Consejería sobre el cuidado oral	Prácticas de lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Prevención de trabajo infantil	Acompañamiento a sus padres en actividades de tipo laboral	Control CyD	Revisar Esquema	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Recreo			
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 4. Amigo 4. Nigun Integrante 5. Otro								1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabajo 5. Nada					

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

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13
30042024

(SI NO)

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de horas de actividad física semanal	Nº Cigarrillos al Día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organizaciones o red del barrio o la escuela	Calidad del joven	Presencia de maltrato	Acompañamiento padres en actividades de tipo laborales	Otro tipo de tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)													

1. Ninguno 2. Pastillas 3. Inyección 4.DIU 5. Oblea 6. Collar 7. Condón 8. Óvulos, tabletas 9.Implante subdérmico 10. Emergencia 11. Otros

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

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria SI / NO						Remitido a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres color verde	3.Fruta s	4.Carnes, nuevo legumin osas secas y mezclas	5.Lácteos	6.Grasas y y dulce s	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

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

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	HOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación y método	Control de planificación en el último año	Citología vagina l	Examen de próstata	Control ginecológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. sesiones de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (BAJO PESO, normal o sobrepeso)										Licor	N° Cigarrillos/día	DPA	Consume drogas

1. SI 2.No 3.No aplica

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Ovulos, 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

Prevalentes vacunales	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de consulta consultas en la última visita EU(144)						Resultado				
	1.Diabetes	2.Hipertensión arterial	3.Cardiovasculares	4.Cáncer	5.Otros	Alcoholismo	Hipertensión	Diabetes mellitus	Enfermedad renal crónica	Epilepsia	Cáncer	1.Control materno infantil y joven	2.Control materno infantil y joven	3.Planificación	4.Control materno infantil y joven	5.Urgencias	6.Crónicos y otras	Programa más Adultos mayores	Programa más Salud Mental	Planificación familiar	Citología	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa control del adulto	Controles en los últimos 2 años	Consejería vigente 1	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (Kgs)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: TALLA (Cms)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: Indice cintura cadera (ICC)	N. de horas de actividad física semanal	Consumo de: LICOR	Consumo de: N. de cigarrillos diarios	Consumo de: DPA	Consumo de: Cannabis	Posible adicción a sustancias: Alcohol	Posible adicción a sustancias: Drogas ilícitas	Patrimonio adecuado	Patrimonio no contaminado	Indice cintura cadera	Signos de maltrato	Acceso a alcantarillado o sistema séptico	Acceso a acueducto (potabilidad en el sistema)	Problema de Tamizaje	Sistemas de respuesta	Autogestión

1. Alcoholismo 2. Farmacodependencia 3. Sexualidad 4. Violencia

Identificación	Antecedentes familiares: 1.Cáncer las	2.Hipertensión	3.Cardiopatía isquémica	4.Diabetes mellitus	5.Otros	CRONICAS: Diabetes mellitus	CRONICAS: Hipertensión arterial	CRONICAS: Cáncer	CRONICAS: Enfermedad mental	CRONICAS: EPOC	Tipo de último contacto con la familia: 1.Cambio hábitos, manejo crisis y patrón de	Tipo de último contacto con la familia: 2.Visita para control y seguimiento	Tipo de último contacto con la familia: Suturas	Tipo de último contacto con la familia: 4.Cambio de hábitos, manejo crisis y seguimiento	Tipo de último contacto con la familia: 5.Lactancia	Tipo de último contacto con la familia: 6.Curaciones y otras	Remitir a: Programa Adulto	Remitir a: Programa Salud Mental	Remitir a: Grupo Apoyo Familia	Remitir a: Tamizaje Visual	Remitir a: Otros	Remitir a: Curso de gestantes con valoración odontológica	Remitir a: Otro

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

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas comunitarios adultos	Asistencia de profesional en los últimos 6 años	Condición registro	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (Kgs)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: TALLA (Cms)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: IMC (Diligenciar solo si cumple criterio)	Fecha toma de antropometría	Factores de riesgo: Licor	Factores de riesgo: N° Cigarrillos día	Factores de riesgo: SPA	Factores de riesgo: Consumo sustancias	Participación comunitaria: Atención	Participación comunitaria: Dirección	Pertenencia étnica	Permanece en Colombia	Lectura almuerzo	Servicios de residencia	Asistió al control de 0 en el último año	Asistencia intramural en el último año	Hipertenso	Diabético
	Mª nieves Jimena	✓	-	Si	80K	1.59		0	NO	0	NO	NO	140	70	122	109	122	NO	NO	NO	NO	NO

Autocuidado mujer adulta	Mamografía	Valoración odontológica: Cepillado	Valoración odontológica: Sangrado gingival	Valoración odontológica: Caries activas	Valoración odontológica: Edentulismo	Valoración odontológica: Otros	Citología	Hipertensión	Diabetes	Enfermedad renal	EPOC	Tipo de alimento consumido en el último mes: Lácteos (leche, yogurt, kumis y quesos)	Tipo de alimento consumido en el último mes: Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	Tipo de alimento consumido en el último mes: Frutas	Tipo de alimento consumido en el último mes: Carnes, huevos, leguminosas secas e incluidos frutos secos	Tipo de alimento consumido en el último mes: Verduras	Tipo de alimento consumido en el último mes: Otros alimentos	Realiza actividad física: Programa Vida Saludable Mayor	Realiza actividad física: Programa Vida Saludable Social	Realiza actividad física: Planes de recreación y deportes	Tratamiento Visual	Cirugía Ojos	Recibe algún programa social o subsidio	Observaciones
Si	Si	3	3	3	3	3	NO	✓	NO	NO	NO	Si	Si	Si	Si	3	3	✓	Si	3	✓	NO	Si	

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: Santa Rosa			Barrio o Vereda: Santa Elena.		Dirección: Cra 6C-F 25-41			Ficha familiar No.			
V1	DIA: 07	MES: 11	AÑO: 2023	V2	DIA:	MES:	AÑO:	V3	DIA:	MES:	AÑO:
Responsable 1: Patricia Quintero Acevedo Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	N° teléfono contacto:
Mª Nieves Jimenez	Maria Nieves Jimenez.	3129800134

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 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			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			A M B	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR:

Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR:

Nombre y Apellidos
Profesión:

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

.IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

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

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quirama Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4877796	LONGITUD	-7561297.
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2023 153	FAMILIA	7	COHORTE	B
FECHA VISITA	07-11-2023				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Carrera GB # 25-49
TELEFONO	3073656931
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA											09	
AÑO											2023	

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)
Pedro	Antonio	Ballejo	Restrepo	M	66	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30012024

PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No. APROBADOS	OCUPACION	¿CUANTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. de meses	
Tipo	NUMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	C				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Discapacidad SI/NO	Discapacidad cual	Desarrollo grado	SI/NO NA	SI/NO	No. Meses
CC	1[illegible]	Martha Lucia Bustamante	Lucia	Bustamante	Guarin	F	24/12/[illegible]	58	3	2	2	6	SI	6	0	0	SI	05	ST	NO	NO	NO	NO	NO	NO		

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

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

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

Actividad Que Mas Hizo
1 – En Actividad
2. Buscando Trabajo
3. Estudiando
4. Oficios en el Hogar
5. Rentista
6. Jubilado
7. Invalido

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

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

Para enfermedad, accidente o envejecimiento tiene algunas de las siguientes condiciones de forma permanente
1. Ceguera Total
2. Sordera Total
3. Mudez
4. Dificultad para moverse o caminar por sí misma
5. Dificultad para entender, recordar, aprender por sí misma
6. Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañía
7. Dificultad para aprender o estudiar

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

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

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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, Ponchos ✓
4. Asbesto

CIELO RASO?
SI NO ✓
CIELO RASO ADECUADO?
SI NO

Estado del techo
bueno ✓
malo

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

Grietas en paredes SI NO

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

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

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

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

Separado de la Fuente ✓

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

OTROS DATOS ADICIONALES
Actividad lucrativa dentro de la vivienda ☒ Nombre de la actividad

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

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

. ANIMALES

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

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son incapaces? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen en la boca o cacar sus partes intimas? (SI, NO, N/A)	Algun persona de la casa por varios días: 1. Se siente triste 2. Mo se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Es muy excitado 7. Está exageradamente feliz	Algun personas de la casa por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. Se enfrenta a otra gente 7. Dice que tiene mucho miedo	Algun persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otras no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Algun persona de la casa: 1. Le que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Ausencia o desmayados de pasa 4. No duerme, camina mucho o mastura con sarro 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Algunas personas de la casa: 1. se ve deteriorada en todo 2. Toma mucho licor o otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. No pasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delitos 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Martha lucia bustamante	Si	NO	1	3	NO	NO	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

"duelo argentino + 1 año

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	Tiene apoyo comunitario por parte de los vecinos	Consume en el último mes bebida alcohólica. SI / NO	Consume en el último mes bebida alcohólica. SI / NO	Consulta en el último mes Salud mental o psicología. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontológica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Cancha (deportiva)	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Actividad física	3. Grupos	4. Veredales	5. Ecológicos	6. Juveniles	7. Otros	Cuál
1	Martha Lucia Buitrago	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

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

1. Nuclear
2. Monoparental
3. Extensa
4. Reconstituida
5. Personas solas

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

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

Version 13.
30042024

3. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual del embarazo	Planificación al momento del embarazo	Asistencia a controles prenatales	No. de controles	Asistencia a charlas prenatales	Consejería odontológica	Toxemia Gestacional		Hemorragias	DPT vacunación	Antecedentes Gineco Obstetricos					Antecedentes Farmacológicos	Embarazo actual								
								1ª	2ª			1.VIH/SIDA Gestante	2.Diabetes Gestacional	3.Preeclampsia gravidica	4.Consumo de medicamentos	5.Otros		Fecha ultima menstruación FUM	Fecha probable de parto FPP	Semanas de gestación	Peso actual (Kgs)	Talla (cms)	IMC: (Peso actual en kg/talla en metros al cuadrado)	Tamizaje cervical	Resultado del tamizaje

Tipo de embarazo	ANTECEDENTES GESTACIONALES									Antecedentes ginecológicos patológicos (último año)									Exámenes de laboratorio				
	Embarazo anterior	Complicaciones embarazo anterior	Edad Gestacional					Edad actual de la mujer		Cirugías ginecológicas	Hiperemesis gravidica	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Cervicovaginitis	Infección urinaria	P.E.G.S.	Control prenatal	Tipo parto	Serología	VIH	VDRL	Hemoclasificación	Factor sanguíneo
			No. de gestaciones	Factor negativo		Gemelos		Abortos	Vivos	Muertos														
				Rhos	Bastos	Rhos	Bastos																	

Alcoholismo			Plan riesgo cardiovascular?	Examen de sangre					Presencia de enfermedad Cardiovascular	Remisión						
Alcohol	Alcohol Fumador	Cerveza		Sospecha de diagnostico hipoglicemia o hiperglicemia (antecedentes)	Determinación de factores de riesgo cardiovascular (antecedentes o nuevos)	Determinación de factores de riesgo cardiovascular (nuevos)	Anotación (glucometría GMO Hemoglobina glicosilada lenguas)	Observación examen paraclínicos		Control Prenatal	Control Posparto/Planificación	Salud Bucal	Vacunación	Citología	Psicoprofilaxis	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 LACTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Signos respiratorios y diarrea en los últimos 4 meses	Presencia de enfermedad	Control de CyD	Número de veces que limpia la axila de su bebé al día	Cuidado niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL					

Tiempo en meses

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

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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consulta prioritaria Crecimiento y Desarrollo	No. de consultas de control prenatal recibidas	Control Odontológico durante el embarazo	Uso de sulfato ferroso	Uso de sulfato de zinc	Aplicación de vacuna contra influenza estacional	Consulta de crecimiento y desarrollo	Presencia de maltrato	N° Consultas de salud	Tipo de riesgo encontrado en la última visita (1)(2)(3)					
		PESO (kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTATIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL															

DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA	Participación en organización comunitaria del barrio o la escuela	Expresan hospitalización y/o IVE en los últimos 6 meses	Desplazamiento en el último año	Practica algún método de planificación	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Accidente o mordedura de tipo laboral	Consulta CyD	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remite			
																CyD	Progra ma salud social	Otro / Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. Ocasionales 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro									1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabajo 5. Nada				

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

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 los 17 años	Maneras de Planificación	Esquema de vacunación completo	Horas de actividad física semanal	N° cigarrillos al día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Condición de comida chatarra	Percepción en el crecimiento en las últimas semanas	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompañamiento en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)													

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyectable 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Óvulos, tabletas 9.Implante subdérmico 10. Esnagando 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 (1) (2-4) (5)						Remitir a					
					1.Carnes, huevos, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Frutas	4.Cereales, nuevos legumbres secas y leguminosas	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Cirugía	Tamizaje Visual	Observaciones

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Edad/ Sexo	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Gestante de riesgo	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Consejería odontológica en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículos	N. de horas de actividad física semanal	CONSERVE			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Con ayuda de calculadora o celular)										Lípidi	N° Cigarrillos día	ASPA	Consejería

1. SI 2.No 3.No aplica

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Ovulos, 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	Atenciones realizadas					CRONICAS						Tipo de diligencia contenido en la historia clínica (HC)						Vacuna				
	1.Odontología	2.Higiene oral	3.Control salud	4.Crónicos	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Consulta de valoración integral y seguimiento	2.Consulta de seguimiento y valoración integral	3.Psicología	4.Consulta Nutrición, valoración y seguimiento	5.Lactancia	6.Consejería y visitas	Fiebre amarilla	Fiebre del Dengue	Fiebre amarilla y polio	Citología	Observaciones

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

Version 13.
30012024

13. ADULTEZ 29 A 59

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistió a consulta de control del adulto	Examen de laboratorio en los últimos 2 años	Citología vigente	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Perímetro abdominal	Consumo de				Presión arterial en mmHg		Perímetro cefálico	Perímetro abdominal	Indice cintura cadera	Sarcopenia muscular	Acceso al asesoramiento oral en el último año	Asistencia odontológica en el último año	Fluoruro en casa	Especies de tratamiento	Antidiabéticos
					PESO (Kilos)	Talla (Cms)	IMC (Bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad)		Licor	N° cigarrillos diarios	Sal	Cuanto a diabetes	Sistólica	Diastólica									

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

Micronutrientes	Alimentos frecuentes					DROGAS					Tipo de alimento consumido en la última hora						Revisó						
	1.Cereales	2.Lácteos	3.Carnes	4.Frutas	5.Leguminosas	Drogas	Alcohol	Drogas inyectadas	Sustancias volátiles	EPOC	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Leguminosas y alimentos ricos en proteínas	3.Frutas	4.Carnes, huevos, pescados, lácteos y grasas	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares	Pregunta Actividad	Pregunta Salud Bucal	Remitido Remitido	Tomado la Vacuna	Examen gía	Acceso de personas con y sin discapacidad	Otros

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

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistencia a programas comunitarios actuales	Examen de seno clínico en los últimos 2 años	Consejería lactancia	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Remisión	Consumo				Vacunación al día		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice Cintura cadera	Barrera de movilidad	Actividad física en los últimos 7 días	Actividad física en el último año	Intervención en Salud Familiar	Examen de seno clínico
					PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Peso sobre talla al cuadrado en metros)	Nº de Remisión de nutrición (Nutricionista)	Licor	Nº Cigarrillos al día	Tabaco	Consumo de drogas	Esquema completo	Edad en meses	Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice Cintura cadera	Barrera de movilidad	Actividad física en los últimos 7 días	Actividad física en el último año	Intervención en Salud Familiar	Examen de seno clínico
	Martha Lucia Bedoya	NO	NO	NO	70	154		NO	NO	NO	NO	NO	NO	80	70	104	113	113	NO	NO	NO	NO	NO

Autocuidado en los últimos 6 meses	Asesoría en autocuidado	Actividades Realizadas					CONSULTAS					Tipo de alimento suministrado en la Casa Cuna						Remisión						
		1.Consulta	2.Taller nutrición	3.Caminata	4.Canto	5.Otra	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad cardiaca	EPOC	1.Leche materna exclusiva	2.Leche materna y complementaria	3.Fórmula	4.Leche materna y fórmula	5.Leche de vaca	6.Otra leche y fórmula	Programa detección temprana	Programa Salud Bucal	Programa Crecimiento y Desarrollo	Tamizaje Visual	Glicemia	Riesgo Cardiovascular	Observaciones
NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	

PAPS
Mama

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

Version 3
30/04/2024

Municipio	Barrio o Vereda	Direccion	Ficha familiar No.
Santa Rosa	Cra 68 #25-49	Cra. 68 # 25-49	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	03	11	2025	V2				V3			

Responsable 1: Patricia Ramirez Acevedo Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:

Nombre del Jefe(a) del Hogar	Persona de quien recibe la visita	N° telefono contacto
Pedro Antonio Valleyo Restrepo	Martha Lucia Buitrago	3013656931

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 Hogar.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

Tipo de riesgo en los hallazgos: Alto. (E) Medio. (M) Bajo. (B)

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1			E M B ✓	E M B	E M B
2			E M B	E M B	E M B
3			E M B	E M B	E M B
4			E M B	E M B	E M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1			E M B ✓	E M B	E M B

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

DILIGENCIADO POR:

Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR:

Nombre y Apellidos
Profesión:

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

.IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

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

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quirama Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.89801°	LONGITUD	-75.6745°
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 152	FAMILIA	1	COHORTE	D
FECHA VISITA	07-11-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Cra 6ª C 7 25-57. ✓
TELEFONO	3108907716
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA											7	
AÑO											2025	

29 Octubre.

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

Lista falta anexos

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)
Nicolas		Osorio	Valencia	M.	15 años	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

IDENTIFICACION		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACION	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACION		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					Tipo	EPS		Discapacidad	origen	tipo	Desarrollo		SI/NO	No. Meses
CC	25162936	Gladys	Del	Valencia	Patiño	F	11-06-66	59	A	S	J	O	NO	O	4	O	NO	S.	S.I	NA	SI	O	NO	NO	NA	NO	O
												L	Si	1													

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

Nivel Educativo
1- Ninguno
2- Secundaria
3- Técnica o Tecnológica
4- Universidad
5- Posgrado - Ninguno

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

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

ETNIA
A. Negra/o
I. Indígena
S. ROM(GITANO)
R. Raizal (Archipiélago de San Andrés y Providencia)
P. Palenquero de San Basilio
N. Negra/o, Mulata/o, Afrocolombiano/a o Afrodescendiente

Por enfermedad, accidente o envejecimiento se siguen de los siguientes condiciones de Forma permanente
1- Segura Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para moverse o caminar por el mismo
5- Dificultad para bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo
6- Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañia
7- Dificultad para aprender o entender

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

No asistido a programas de salud Razón de ausencia de discapacidad
1 – Si
2 – No
3 – No aplica

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Separado de la Fuente ✓

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

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

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

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

. ANIMALES

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

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

	HOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa le dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, HIA)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, o que lo hagan en la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, HIA)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperada 2. No se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Corre pdo de la salud 6. Está muy enojada 7. Bebe exageradamente licor	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperada 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Corre risk de la correa 6. De un momento a otro grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Algunas personas de la casa: 1. Le que estas le gustaría, 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	Algunas personas de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en peligro 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor o otras drogas 4. se gasta la plata en otras cosas en licor u otras drogas 5. Quiere toma licor u otras drogas, pelea, lucha, tiene celitos 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remite a interconsulta psicología	observaciones
1	Gladys Valencia P.	NO	NO	SI	SI	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 reúnen con sus vecinos. SI / NO	Una vez por semana por parte de los ediles	Considera en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Considera en el último mes buscar atención psicológica. SI / NO	Considera en el último mes buscar atención médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontológica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos o organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Cancha comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento								1. Adulto mayor	2. Actividades Étnicas	3. Grupos	4. Vivienda	5. Ecología	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Gladys Valencia P.	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

Tipo de Familia	Pertenencia a la red de apoyo social de la Secretaría de Salud		Área / Cuál	Pertenencia 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 Renal.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Crónicos.
8. DLS o Secretaría.
9. TBC y Lepra.
10. Seguridad Laboral
11. Zoonosis y ETV.
12. Emergencias y Desastres
13. Salud Ambiental.
14. Prestación de Servicios.
15. Hospital.
16. Otro.
17. Dirección local de Salud.

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

Version 13.
30042024

3. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado civil (donde)	Ocupación (donde)	Asistencia (control prenatal)	No. de controles	Asistencia a curso psicoprofiláctico	Clasificación odontológica	Tamizaje Toxicológico		Influenza	DPT gestación	Vacunación faltante					Agrupación familiar	Embarazo actual								
								Sí	No			T. DTA Cristo	Influenza	Hepatitis B	Esquema completo	Ninguna		Fecha última menstruación (FUM)	Fecha probable parto (FPP)	Semanas (FUM)	Fecha ecografía (FEG)	Edad gestacional (FEG)	Talla (cms)	Edad gestacional (FUM o FEG)	Tamizaje cervical	Vacunación antitetánica

Tipo de identificación	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS										Antecedentes médicos (de la última gestación)									Exámenes de laboratorio				
	Hemoglobinopatías	Tuberculosis (antes o durante)	Historia Obstétrica					Estado actual de la gestación			Diabetes gestacional	Hipertensión inducida por embarazo	Trastornos mentales	Anemia gestacional	Sobrepeso y obesidad	Infección urinaria	R.C.I.U.	Trastornos del parto	Tipo de parto	Sífilis	Toxoplasmosis	VIH	Hepatitis B	Tamizaje cervical
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesáreas		Vivos	Muertos															
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Riesgos bajos			Riesgo alto (no bajo riesgo)?	Motivos de alarma					Preparación para alimentación del recién nacido	Remisión						
Hierro	Acceso Hídrico	Cianuro		Sangrado vaginal, Ingesta de sustancias tóxicas o medicamentos (Hipertensión arterial)	Disminución o No movimientos fetales (Colestasis intrahepática del embarazo)	Contracciones uterinas antes de las 37 semanas	Ruptura prematura de membranas	Otro motivo de urgencia psicológica		Consejería nutricional	Curso Psicoprofiláctico	Salud Oral	Vacunación	Citología	Planificación	Observaciones

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

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA GESTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Ingreso hospitalario por IRA y EDA en los ultimos 6 meses	Prematurez o prematuro	Control de C y D	Número de veces que limpia la encia de mi bebe al dia	Cuidado niños y niñas
		Gestante	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 odontologica en los últimos 6 meses	Lleva a sus hijos a actividades laborales	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo para la edad	Remitir a			
							CYD.	PROGRAMA PAI	OTRO CUAL	OBSERVACIONES

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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				CONSEJERIA CIUDADANA (APC)	N. de Horas de actividad física semanal	Control de placa dental 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor barniz 6 meses	Control de placa dental 6 meses	Presencia de maloclusión	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Si (1) - N (0)					
		PESO (KG)	TALLA (cms)	IMC (Bajo peso - Normal - Sobrepeso - Obesidad)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										Cereales, raíces, tubérculos y plátanos (1)	Frutas y legumbres verdes (1)	Lácteos (1)	Huevos (1)	Carnes (1)	Cereales y grasas (1)

EXPERIMENTACION			Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Sigue hospitalaria y cria en los ultimos 6 meses	Desarrollo acorde a su edad	Practica dieta balanceada acorde a su edad	Cuidado niños y niñas	Presencia de trastorno 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	Remite a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL BAZUCO														C y D	Programa salud mental	Otro / Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. Ocasionales 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino 4. Hogar infantil o comunitario 5. Otro								1. Juega 2. Ve 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

(81-96)

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Método de planificación	Esquema de vacunación completo	N. de Horas de actividad física semanal	Nº Consumo de cigarrillo al día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en algún grupo o en el barrio o la vereda	Cuidado del joven	Primer mes de embarazo	Asistencia a una pandilla en actividades de alto impacto	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Para cálculo en edades de adultez)													

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

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

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria E/1-1-6						Remitir a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Huevos y legumin osas secas y mezcla	3.Frutas	4.Carnes, nuevas legumin osas secas y mezcla	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Sexual	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

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

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Señales de maltrato	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Apoyo examen de seno	Examen de testículo	N° de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (KGS)	TALLA (CMS)	IMC (Bajo peso, sobrepeso o obesidad)										Licor	N° Cigarrillos por día	EPOC	Consumo cocaína

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. Otro

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

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

Procedencia ambiental	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de plantas consumidas en la dieta diaria (Lista)						Familia				
	1. Cáncer de	2. Infarto cerebral	3. Cardiopatía isquémica	4. Diabetes	5. Hipertensión	1. Diabetes	2. Hipertensión	3. Dislipidemia	4. Enfermedad renal crónica	5. EPOC	6. Asma	1. Cilantro, cebolla, tomate, habichuela, pepino	2. Hierbabuena, hierba luisa, manzanilla	3. Perejil	4. Caléndula, hierbabuena, hierba luisa, manzanilla	5. Limón	6. Orégano, ají, cebolla	Programa crecimiento y desarrollo	Programa salud bucal	Planificación familiar	Gestantes	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

TI	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa preventivo del adulto	Examen de próstata en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Solo aplica para mayores de 18 años)	N. de frutas de consumo habitual diarias	Consume de: Licor	N° cigarrillos diarios	EPA	COMO COCAINA	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Glicemia	Perímetro abdominal	Tiene historia clínica	Tiempo de ejercicio	Consejo de alimentación saludable	Consejo de prevención del consumo de alcohol	Consejo de prevención del consumo de tabaco	Diagnóstico de hipertensión	Diagnóstico de diabetes	Diagnóstico de dislipidemia
25162936	Jady S Valencia	NO	—	SI	76	1.62		0	NO	0	NO	NO	140	90	88	97		NO	SI	NO	NO	—	SI	

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

Tamizaje para VIH	Adherencia farmacos: 1.Olvido	2.Interrupción tratamiento	3.Costo	4.Acceso	5.Otra	CRONICAS: Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad mental	EPOC	Tipo de atención en consulta en la última vez: 1.Cuenta con cuidador y paciente	2.Solo cuidador	3.Solo paciente	4.Cuenta con cuidador y paciente	5.Ninguno	6.Otra	Ayudas: Vacuna influenza	Vacuna COVID	Plantilla Medicina Familiar	Tamizaje Visual	Cirugía	Ayuda de otro para el diligenciamiento	Otro
SI	NO	NO	SI	/	NO	/	/	/	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO		

FICHA [illegible] VILIAR A ATENCION PRIMARIA EN SA[illegible]D
Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas comunitarios adulto mayor	Asistencia de profesional en los últimos 3 años	Consejería vejez	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Examen				Pruebas de tamizaje		Valoración nutricional	Valoración de la cognición	Valoración del estado de ánimo	Valoración funcional en el último año	Prevención de caídas	Esquema de vacunación
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Bajo peso, sobrepeso, obesidad)		Ulcer	Ag. Glucemia en ayuno	SIFA	Consejería	Visión	Oído						

Acompañante en el adulto mayor	Acompañante	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Revisión							
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer (mama)	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad mental	Epilepsia	1.Carnes, huevos, cereales y tubérculos	2.Frutas y verduras	3.Lácteos	4.Alimentos procesados	5.Alcohol	Ninguno de los anteriores	Programa adulto Mayor	Programa Crecimiento y Desarrollo	Plan de atención domiciliaria	Revisión de Visual	Cirugía ojos	Ruptura de piezas dentales y recambio	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

Version 3
30/04/2024

Municipio	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Santa Rosa.	Santa Elena	Cra 6ta C # 25-57.	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	07	11	2025	V2				V3			

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

Nombre del Jefe del Hogar	Nombre de quien recibe la visita	N° telefono contacto
Gladys Valencia Patiño	Gladys Valencia Patiño	3108802716

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 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			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			A M B ✓	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

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

.IDENTIFICACION

Version 13
30042024

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

VIVIENDA SIN OCUPANTES — Los Jardines

DILIGENCIADO POR	Patricia Piraquive Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87811	LONGITUD	-75.6174.
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 151	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	07 - 11 - 2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	1.				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Cra 61a — #25-66 ✓
TELEFONO	3206534797
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA											07	
AÑO											2025	

29 Octubre.

VISITA DE SEGUIMIENTO

OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

falta anexos.

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

PERSONAS DE LA FAMILIA

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

1.Jefe 2. Compañero o compañera 3. Hijos 4. nietos 5. Padres 6. Hermanos 7. Yerno o nuera 8. Abuelos 9. Suegros 10. Tios 11. Sobrino 12. Primos 13. Cuñados 14. Otros parientes 15.No parientes 16.Servicio domestico/cuidadores 17.Padres acogiendo domesticos(as)

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	UNIDAD	ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No. APROBADOS	OCUPACION	¿CUANTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL				P.P.R.D.R.	Gestante No. de meses	
Tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				SI/N O					Tipo	EPS		Discapacidad fisica	Discapacidad mental	Discapacidad sensorial	Desconocido		SI/NO	No. Meses
CC	1.320.613.049	LUZ	ADRIANA	CORTES	CORTEZ	F	6-12-78	46	3	1	2	2	SI	8	1	0	NO	S	NUEVA EPS	NA	SI	0	2	3	NA	NO	0
CC	25.173.519																										

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

1- Ninguno
2. Secundaria
3- Técnico o Tecnologico
4- Universitario
5- Posgrado o Magister

6 – Ninguna
1. Trabajando
2. Buscando Trabajo
3. Estudiando
4. Oficios en el Hogar
5. Rentista
6. Jubilado
7. Incapacitado

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

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

Por enfermedad, accidente o malformación tiene alguna de las siguientes dificultades de forma permanente
1. Ceguera Total
2. Sordera Total
3. Mudez
4. Dificultad para moverse usando por el cuerpo
5. Dificultad para hablar, escribir, comunicarse por cualquier medio
6. Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañía
7. Dificultad para aprender o entender

Tipo de Discapacidad
1- Psicologica
2- Auditiva/ Lenguaje
3- Auditiva de Visión
4- Enfermedad Profesional
5- Visual
6- Desconocido

Ha recibido o programado alguna rehabilitación de acuerdo a la discapacidad
1 – SI
2 – NO
3 – NO aplica

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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

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

Desplazada

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

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

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

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

RESERVORIOS DE AGUA	
1. Cuentas	
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?	
SINO	✓
CIELO RASO ADECUADO?	
SINO	✓
Estado del techo	
bueno	✓
malo	

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

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

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

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

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

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

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

Version 13.
30042024

. ANIMALES

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

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

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa les dice que se sirven para nada, que todo les queda mal, que son irresponsables? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que le besen en la boca o tocar sus partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojado 7. Está congelado/muy frío	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperada 2. Siente que no se puede quedar quieta 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. Se queja mucho o 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 inconexas	Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o mordiéndose con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Tiene mucho ilsar a otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor o otras drogas, pelea, insulta, llora delante 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Luz Adriana Cortez C.	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

12-13 años
hijo Epilepsia de
licor

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				Percibe en actividades para el mejoramiento del barrio SI / NO	Si relaciona con sus vecinos. SI / NO	Son respetados por parte de los otros	Consulto en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consulto en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consulto en el último mes buscar atención psicológica. SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha asistido a consulta odontológica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos o organizaciones del barrio							
		1. EPS, Centro o Puesto de Salud	2. Espiritual	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Acción Mpal	2. Artístico o Cultur	3. Cívico	4. Deportivo	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Luz A. Cortes C.	NO	NO	SI	PARQUE	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

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

1. Nuclear
2. Monoparental
3. Extensa
4. Reconstituida
5. Pequeño núcleo

1. Amplitud de transformaciones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Bucal.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Cobertas.
8. OLS 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. Ploegbal.
16. Otro.
17. Dirección local de Salud.

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

Version 13.
30042024

3. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual (Fecha)	Clasificación al momento del embarazo	Asistencia a control prenatal	No. de controles	Asistencia a control odontológico	Consulta odontológica	Toxoide Tetánico		Influenza	DPT gestante	Antecedentes familiares					Antecedentes Gineco-obstétricos	Estilos de vida actual									
								1ª	2ª			a.Hta Crónica	b.Diabetes	c.Trombosis	d.Cardiopatía congénita	e.Otros		Factor de riesgo modificable	Factor psicosocial	Consumo de cigarrillo	Dieta (Frutas)	Pesca semanal (Días)	Fuma (Cifra)	Tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas (Cuantificar)	Tamizaje alcohol	Abandono tabaquismo

Tipo de riesgo	Antecedentes obstétricos										Antecedentes de riesgo actuales (último embarazo)									Factores de alerta signos				
	Riesgo ocupacional	Tratamiento preconcepcional	Muerte perinatal					Muerte actual del producto			Violencia intrafamiliar	Hemorragias	Hipertensión arterial	Preeclampsia o eclampsia	Sangrado vaginal	Infección urinaria	R.C.I.U.	Factor uterino o cervix	Trabajo de parto	Sangrado	P.T.L.A.S.	VIH	Hepatitis B	Factor Rh negativo
			No. de gestaciones	Retenciones		Cesáreas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Alcoholismo			Violencia intrafamiliar	Factores de alarma					Procedimientos anteriores relacionados	Analitica						
Abuso	Adicción	Cáncer		Sangrado vaginal (hemorragias o manchas)	Disminución o No movimientos fetales (Después de las 20 semanas)	Sensación de bolsa rota o salida de líquido	Hipertensión (Mayor a 140/90 o Hipertensión diagnosticada)	Síntomas urinarios		Cuadro Hemático	Glicemia Pregestacional o Gestacional	Grupo Sanguíneo	Virología	Citología	Parcial de orina	Observaciones

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LACTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACIONES DEL DESARROLLO				Ingreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Consulta de CYD	Número de veces que limpia la casa de su hogar 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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consulta primera infancia (AIPEI)	N. de visitas de acompañamiento (tarjeta materna)	Control crecimiento y desarrollo (menores de 10 años)	No vacunación al día	Uso sexual diverso	Aplicación de flúor barniz cada 6 meses	Valoración de salud oral cada 6 meses	Presencia de maloclusión	Nº Consultas al año	Tipo de alimento consumido en la última semana (1-2-3-4)					
		PESO (Kilos)	TALLA (cms)	IMC (Mide cuanto se acerca de la misma)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDITIVO LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										Leche materna, formula, tuberculos, cereales y platanos	Jugos, frutas y vegetales verdes	Arroz, pasta	Alimentos industriales (empacados y enlatados)	Huevo	Carnes y pescados

EXPERIMENTACION			Participación en organización urbana o barrial	Egreso hospitalario y DOPRA y EDA en los últimos 6 meses	Desgranado antes de 6 meses	Practica dieta de invierno 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 Suplemento Hierro en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remite a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL BASUCO														C y D	Programa de salud bucal	Otro, Cual	Observaciones
			1. Grupos 2. Eclesiásticos 3. Nada				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecinos y Amigos 4. Hogar Infantil o comedores 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

(BIMO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Fomento vivencias y estilos de vida	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	Consejería de salud mental	Remisión en organización de la red del barrio o la vereda	Consejería del joven	Prevención de maltrato	Acompañamiento a niños menores en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este menor se calcula de acuerdo a la edad)													

1. No planifica 2. Pastar 3. Inyectable 4 DIU 5. Ritmo 6. Coito interrumpido 7. Condón 8. Ovulos, tabletas 9.Implante subdérmico 10. Emergencia 11. Otros

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

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	Ha cepillado al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria El (1-4-6)						Remitir a:					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Hortalizas y leguminosas verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos leguminosas secas y mezclas	5.Lacteos	6.Grasas y azucares	Programa Adolescencia	Programa Salud Bucal	Planificación familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Solicitud de materiales	Planificación Planificar	Control de planificación en el último año	Citología Vaginal *	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Auto exámen de seno	Examen de testículo	N.- de horas de actividad física semanal	CONSUMO			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Dato campo se calcula) o extranjero										Licor	N° Cigarrillos por día	cPA	Consumo sicoactivo

1. SI 2.No 3.No aplica

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

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

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

Prevención universal	Antecedentes Familiares					CRONICAS						Tipo de alimentación consumido en la última semana (Lista)						Familia				
	1.Hipertensión	2.Hipercolesterolemia	3.Diabetes	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Epilepsia	Enfermedad mental	EPOC	Cáncer	1.Comida rica, variada, saludable y abundante	2.Horario y lugar establecido para comer	3.Frutas	4.Verduras, hortalizas, legumbres crudas y cocinadas	5.Lácteos	6.Grasas y dulces	Programa Hipertensión	Programa Salud Mental	Programa Adulto Mayor	Otro	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 programa control crecimiento	Reciben vacunas de acuerdo a su edad	Cronicos (cual)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Nº de horas de sueño	Consumo de				Practica actividad fisica		Antecedente odontologico	Patologia	Gestante	Fecha ultimo control	Fecha proximo control	Observaciones
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Bajo, normal, sobrepeso, obesidad)		Licor	Cigarrillo	SPA	Come a gusto	Semana	Minutos						
23173579	Adriana Cortez	NO	—	SI	60	1.52		0	NO	0	NO	NO	120	80	89	94.		NO	SI	NO	NO	—

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

Observaciones	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido ayer durante todo el dia						Gestante						
	1.Diabetes	2.Hipertension	3.Cancer	4.Otro	5.Ninguno	Cuales	Cuantos	Diabetes	Hipertension	EPOC	1.Carne (res, pollo, cerdo) y pescado	2.Huevos	3.Fruta	4.Cereales, tuberculos, leguminosas, platanos	5.Lacteos	6.Otros	Control prenatal	Programa Salud Bucal	Planificacion	Tamizaje Violencia	Citologia	Hierro, acido folico y complementos	Otros
NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	3	3	3	3	SI	SI	SI	SI	SI	SI	✓	—	—	✓	3		

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistencia programada consulta del adulto mayor	Diagnosticos en los ultimos 2 años	Clasificación riesgo	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Percepción salud mental		Perímetro abdominal	Parámetros de control	Indice cintura cadera	Tamizaje de maltrato	Acceso al servicio de salud en los ultimos años	Autocuidado priorizado en el último año	Plan Riesgo en Familiar	Examen de Compresión
					PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Peso sobre talla al cuadrado)		Licor	N° Cigarrillos día	Vape	Consumo Cerveza	Depresión	Riesgo suicida								

Asistencia a citas de seguimiento	Medicamentos	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de riesgo encontrado en la vivienda						Pacifico						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cancer mama	4.Cancer prostata	5.Ninguno	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad renal	EPOC	1.Consumo sustancias psicoactivas y/o alcohol	2.Hacinamiento y/o ausencia servicios básicos	3.Fauna nociva	4.Mala disposición residuos sólidos	5.Lactancia	Ninguno de los anteriores	Programa crecimiento y desarrollo	Programa Salud Bucal	Programa Gestación	Tamizaje de Visual	Glaucoma	Otros de acuerdo a edad y sexo	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	CÁNCER	☐
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

Version 3
30/04/2024

Municipio	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Santa Rosa.	Santa Helena.	Cra 6ta C. # 25-66	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	07	11	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 quien recibe la visita:	No. telefono contacto
Luz Adriana Cortez Cortez	Luz Adriana Cortez Cortez	3206594797

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización social y ambiental, en los entornos de uso cotidiano con ingresos en el entorno hogar.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1			(A) (M) (B) ✓	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)
2			(A) (M) (B)	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)
3			(A) (M) (B)	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)
4			(A) (M) (B)	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1			(A) (M) (B) ✓	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

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

.IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

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

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 150	FAMILIA	1	COHORTE	13
FECHA VISITA	07-10-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Carrera 6c 25-87
TELEFONO	3143396827
CORREO ELECTRONICO	

DILIGENCIADO POR	Patricia Quirama Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4878194	LONGITUD	-7561742
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS												
MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA											07	
AÑO											2025	

29 octubre

VISITA DE SEGUIMIENTO		
OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

Lista falta Anexos

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)
Hernan		de jesus	castaño	M	89	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

IDENTIFICACION		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No. APROBADOS	OCUPACION	¿CUANTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACION		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. de meses	
tipo	NUMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desarrollo SI/NO	SI/NO NA	SI/NO	No. Meses
CC	25055776	Maria	Lucia	Herrera	Agudelo	F	16-09-56	70	3	2	1	9	SI	9	0	0	NO	SP	NE	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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

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

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

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

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

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

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

Tipo de Discapacidad
1- Psicologica
2- Accidente Laboral
3- Accidente de Tránsito
4- Enfermedad Profesional
5- Visual
6- Desconocida

Ha asistido a programas de rehabilitacion o/y ensenanza de discapacidad
1 – Si
2 – No
3 – No aplica

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estado del piso
bueno
malo

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

CIELO RASO?
SINO

CIELO RASO ADECUADO?
SINO

Estado del techo
bueno
malo

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

Grietas en paredes SINO

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

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

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

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

Separado de la Fuente

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

OTROS DATOS ADICIONALES
Actividad lucrativa dentro de la vivienda
Nombre de la actividad

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

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

Version 13
30042024

. ANIMALES

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

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

	HOMBRES 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 le besen la boca o tocar sus partes intimas? (SI, NO, N/A)	Algunas personas de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. Se ve movido 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 inconvenientes	Alguna persona de la casa: 1. Le que antes le gustaba ya no 2. Ya no quiere hacer nada 3. Ausencia o disminución de pelo 4. No duerme, duerme poco 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 estimulada sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo 3. Abandona de actividades por estar constantemente licor u otras drogas 4. Se gasta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor o otras drogas, pelea, resulta, hace delitos 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remite a interconsulta psicología	Observaciones
1	Martha Maria Jerdon	SI	NO	1	3	NO	3	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

11 Tiene depresión 2 dro. esquizoid

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del centro				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Una expresión característica por parte de Risaralda	Consultó en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consultó en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consultó en el último mes buscar atención psicológica SI / NO	Ha estado a control médico en el último mes SI / NO	Ha estado a control odontológico en el último mes SI / NO	Participa en grupos o organizaciones del barrio							
		1. EPS. Centro o Puesto de Salud	2. Centro comunal	3. Iglesia	4. Juntas de organizaciones									1. Ninguno	2. Actividad Física	3. Cívicos	4. Veredales	5. Ecológicos	6. Juveniles	7. Otro	Cual
1	Maria rendon.	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de Familia	Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud		Otro ¿Cuál?	Pertenece al programa

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

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

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

3. GESTANTES

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado civil	Ocupación actual	Escolaridad	Raza	Autoreconocimiento étnico	Comunidad	Tensión Arterial		Peso	IMC	Antecedentes médicos					Antecedentes Psicosociales	Examen físico								
								Sis	Dia			Ninguno	Diabetes	Hipertensión	Enfermedad Mental	Cáncer		Fecha última valoración	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso ingreso	Edad gestacional	Talla	Edad gestacional por ecografía	Tamizaje	Morbilidad materna

Tipo de consulta	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Antecedentes reproductivos (Obligatorios)									Exámenes Gestacionales				
	Riesgo psicosocial	Intervención psicosocial	Historia Gestacional						Estado actual de la gestación		Abortos (provocados)	Hijos vivos	Hijos muertos	Cesáreas previas	Partos vaginales	Muerte materna	ECAS	Fecha último parto	Tipo parto	Tamizaje	TSH	VIH	Prueba de VIH	Tratamiento VIH
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesáreas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Motivo			Tipo de consulta	Signos de alarma					Remisión de alguna especialidad	Metas						
	Acceso Físico	Cierre		Sangrado vaginal (especificar si es abundante o no)	Disminución de movimientos fetales (especificar si es ausente o ausente)	Sensación de líquido que sale por vagina	Dolor de cabeza (especificar si es intenso o no)	Convulsiones		Control Prenatal	Control Puerperio	Salud Oral	Vacunación	Citología	Planificación	Otra

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA GTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Ingreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de malestar	Controles C y D	Número de veces que amplia el esquema de su hijo al día	Cuidador niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL					

Tiempo en meses

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

¿Recibe 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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consulta crecimiento y desarrollo (AIEPI)	No. de niños con esquema de vacunación completo	Consulta odontología en los últimos 6 meses	No. de hospitalizaciones al año	Uso de suero oral	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Consulta de planificación en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Nº Consultas al año	Tipo de riesgo encontrado en la ficha de EVSA (1-6)					
		PESO (KGS)	TALLA (cms)	IMC (Bajo, peso, sobrepeso, obesidad, normal)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	AREA SOCIAL										1.Cambios habitos, rutinas y plan de vida	2.Riesgo alto y/o riesgo medio	3.Alcohol y/o	4.Drogas y/o fumadores	5.Alerta de	6.Cambio de vivienda

EXPERIMENTACION			Participación en organización comunitaria de la escuela	Egreso hospitalario y por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desplazamiento en el último año	Practica lavado de manos antes de comer	Cuidado niñas y niños	Prevención de trabajo infantil	Accidente o sus padres en actividades de riesgo laboral	Control C y D	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Anexos			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA													C y D	Programa Salud Bucal	DEA y Ocular	Observaciones
			1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o consultorio 5. Otro								1. Juega 2. Ve 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

(DIRIGIDO)

#	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Metodo de planificación	Esquema de vacunación completo	N. de horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organización o en el barrio o la vereda	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompañamiento en actividades recreativas	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Esta campo se calcula de forma automa													

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

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

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.(1-6-8)						Remitido a					
					1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Huevos y legumbres verde	3.Fruta s	4.Carnes, huevos, legumbres secas y visceras	5.Leche s	6.Grasas y y dulce s	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

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

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Semanas de gestación	Planificación a ofrecer	Control de planificación en el último año	Citología vaginal - Cervicouterina	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Agudeza visual de cerca	Examen de testículo	N° de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			Peso (Kg)	Talla (Cms)	IMC (Dato siempre se relaciona o entrega)										Licor	N° Cigarrillos al día	BPA	Cannabis recreativo

1. SI 2.No 3.No aplica

1. No planifica 2. Pastilla 3. Inyectable 4.DIU 5. Hibrea 6. Ciclofem 7. Condon 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

Posición familiar	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de diagnostico consultado en la ultima visita E (14-6)						Gestiva				
	1.Diabetes	2.Hipertension arterial	3.Cancer mama	4.Cancer	5.Otros	Diabetes	Hipertension arterial	Enfermedad renal	Enfermedad mental	EPOC	Cancer	1.Control crecimiento, desarrollo y psicomotor	2.Control higiene oral y vacunas	3.Planificacion	4.Cancer de mama, higiene oral y menopausia	5.Lactancia	6.Gestante	Primera vez Gestante	Primera vez Adulto Mayor	Primera vez Joven	Citologia	Observaciones

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

Version 13.
30012024

13. ADULTEZ 29 A 59

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a control prenatal mes actual	Resultado de tamizaje de cáncer cervicouterino	Citología vigente	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Valoración integral por medicina, enfermería	Consumo de				Posible actividad en salud		Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Inactivo cirugía cadera	Sedentario	Asistió a odontología o en el último año	Asistencia (atendido) a consulta en el último año	Intervención del Hombre	Examen de Seguimiento	Asintomático
					PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Peso sobre talla al cuadrado)		Licor	N° Cigarrillos al día	EPOC	Consumo de sustancias	Hombre	Mujer									

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

Alimentación	Antecedentes familiares					SIGNOS					Tipo de último procedimiento en la última Gestación						Remite a						
	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer gástrico	4.Cáncer de	5.Otros	Glucometría	Hemoglobina glicada	Sífilis	Enfermedad renal	ERC	1.Control prenatal, riesgo bajo y riesgo alto	2.Control puerperio y lactancia	3.Aborto	4.Control de planificación, inserción y retiro de métodos	5.Lactancia	6.Citología cervical y otros	Programa Materno Perinatal	Programa Salud Oral	Planificación familiar	Tamizaje de Visual	Examen físico	Ruta de promoción y mantenimiento saludable	Otro

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

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistencia programas comunidad (SI/NO)	Valoración de actividades en los últimos 3 años	Circunferencia abdominal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Perímetro cefálico (menores de 2 años)	Consumo de				Prueba actividad en mujeres		Perímetro abdominal	Depresión	Índice Cintura talla	Signos de maltrato	Agresión sexual en el último año	Asistencia Planificación familiar en el último año	Planificación en hombres	Riesgo de suicidio
					PESO (Kilos)	TALLA (Centímetros)	IMC (Calcular automáticamente con el peso y la talla)		Licor	Cigarrillo	SPA	Consulta urgencias	Citología	Diagnóstico								
	Maria lucia.	SI	NO	SI	68	156		NO	NO	NO	NO	NO	SI	80	80	108	75	105	NO	SI	NO	NO	NO

Autocuidado (+ de seis años)	Mamografía	Asistencia familiar					CANCER					Tipo de violencia ocurrido en la vida adulta						Familia						
		1-Odontología	2-Urgencias	3-Consulta general	4-Crónicos	5-Otros	Cáncer de seno	Cáncer de próstata	Cáncer de cuello uterino	Cáncer infantil	SIHOC	1-Violencia física, psicológica o sexual	2-Abuso sexual y violación	3-Violencia intrafamiliar	4-Violencia por fuerzas regulares o irregulares	5-Violencia de género	6-Otras violencias	Programa más familias en acción	Programa más Salud y Bienestar	Consejería Gestión Plan de Vida	Tamizaje violencia	Ciclo de vida	Ruta de atención integral materno perinatal	Observaciones
SI	SI	~~SI~~	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	
												si	si	si	si	si	si							

NO tiene lesiones para contar

2 hijos NO apoyo

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 6C 725-81	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	07	11	2023	V2				V3			

Responsable 1: Patricia Quiroga Morales.	Responsable 1:	Responsable 1:
Responsable 2:	Responsable 2:	Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar	Nombre de quien recibe la visita	N° teléfono contacto
Hernan de Jesus Castaño	Mª Lucia Rendon Agudelo	3143396827.

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 hogar.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

Tipos de riesgo en los hallazgos: Alto (A) Media (M) Baja (B)

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1			A ✓ M B	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

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

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

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		Santa Helena.	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	1075 149	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	07-11-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	4				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	C12
DIRECCION	Calle 6 Bis # 25-84
TELEFONO	3135417242. ✓
CORREO ELECTRONICO	

DILIGENCIADO POR	Familia Quintana Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	487823	LONGITUD	-75.61722.
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS												
MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA											07	
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)
Sebastián		Peña	Marín.	M.	26	
María.	Camila	Arteaga.	castellón	F	22.	
Thiago.		Madrid	Murillo	(M) F	6	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

3. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

1.Jefe 2. Conyugue o compañero 3. Hijos 4. nietos 5. Padres 6. Hermanos 7. Yerno o nuera 8. Abuelos 9. Suegros 10. Tios 11. Sobrinos 12. Primos 13. Cuñados 14. Otros parientes 15.No parientes 16.Servicio domésticos/cuidanderos 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. ARMOBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL				P.P.R.D.R	Gestante No. en mesa	
	Tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	C				SI / NO					Tipo	EPS		Discapacidad SI/NO	Discapacidad origen	Discapacidad tipo	Desmovilizado SI/NO	SI/NO NA	SI/NO	No. Meses
1	CC	1004477530	Mo del	Carmen	Zuñiga	Castillo	F	14-3-02	23	3	1	2	2	SI	11	4	0	NO	S	SI	NA	NO	0	NO	NO	NA	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- Ninguno o Preescolar

Actividad Ocupacional
0 – (En Actividad)
1- Estudiante
2- Buscando Trabajo
3- Incapacitado
4- Oficios en el Hogar
5- Rentista
6- Jubilado
7- Ninguna

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

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

Para enfermedad, accidente o incidente diga si alguna de las siguientes condiciones se da de forma permanente
1- Ceguera Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para caminar o moverse 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 estudiar

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

Ha recibido o programado alguna rehabilitación de acuerdo a la discapacidad
1 – SI
2 – No
3 – No aplica

educativo

SÍ/S

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.Rio Publica	
7.Carro tanque	
8.Aguatero	
9.Conexión	

ESTRATO	
.Bajo bajo	✓
.Bajo	
.Medio bajo	
.Medio	
.Medio Alto	
.Alto	

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

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

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

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

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

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

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

ESTADO DE LA COCINA	
. Presencia humo de leña	SI/NO
. 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.Canecas Sin tapa	
5.Suelo	

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

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

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 QUIMICOS 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		1	1	1		1	NO		SI
GATOS	1	2	3	3					Caracol africano SI/NO
EQUINOS	0	AVES	0	PORCINOS	0				NO
OTROS		CUALES:							

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

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa le dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que le besen en la boca o tocan sus partes intimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojado 7. Bota ropa frecuentemente	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede olvidar nada 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. Da un momento a otra cosa 7. Dice que llora mucho rápido	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. Ya no sabe hacer a 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. Siente tema licor a otras drogas, peleas, fraude, llega delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Mª del Carmen Arteaga	SI	NO	5	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 vivienda del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Son respetuosos con los niños	Consultó en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Consultó en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Consultó en el último mes buscar atención psicológica. SI / NO	Ha sufrido de enfermedad diarreica en el último mes SI / NO	Ha sufrido de enfermedad respiratoria en el último mes. SI / NO	Participa en grupos o organizaciones del barrio							
		1. EPS, Centro o Puesto de Salud	2. Casa la mayoría	3. Iglesia	4. Otros lugares									1. Ninguno	2. Junta de Acción Comunal	3. Cívicos	4. Padres de familia	5. Grupos religiosos	6. Juveniles	7. Otros	Cual
1	María del C. Ortega	no	no	no	no	no	no	no	si	si	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?	Pertenece a programa

1. Nuclear
2. Monoparental
3. Extensa
4. Reconstituida
5. Personas solas

1. Ampliación de hospitalizaciones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Bucal.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Crónicos.
8. DES o Discapacidad.
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

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

Version 13.
30042024

8. GESTANTES

No.	Nombres y apellidos	Edad en años cumplidos	Ocupación (Ama de casa, estudiante, empleada, etc.)	Asistencia a control prenatal	Nro. de controles	Asistencia a control puerperio	Consulta preconcepcional	Tomas fallidas		Inasistencia	DNPT anterior	Antecedentes médicos					Antecedentes quirúrgicos	Embarazo actual								
								A	B			a. HTA Crónica	b. Diabetes	c. Hipotiroidismo	d. Cardiopatía o enfermedad cardiaca	e. Otros		Fecha última menstruación (FUM)	Fecha probable parto (FPP)	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs)	Talla (cms)	IMC (Índice de masa corporal) clasificación según semanas de gestación	Vacunación actual	Observaciones vacunación

Tipo de consulta	ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS									Antecedentes embarazo anterior (Último embarazo)									Estado nutricional				
	Riesgo psicosocial	Condiciones discapacidad	Historia Obstétrica					Historia actual de la gestación		Complicaciones gestacionales	Complicaciones puerperales	Abortos previos	Diagnóstico psicológico (depresión/ansiedad)	Sepsis puerperal	Mortalidad materna	RCIUC	Fecha último parto	Tipo parto	Estado nutricional	PESO/IMC	Talla	Hemoglobina	Hemoglobina corregida
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesáreas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Micronutrientes			Para recibir visita casera?	Factores de riesgo					Requiere visita de atención domiciliaria	Barthel						
Hierro	Ácido fólico	Calcio		Estado de riesgo social (seleccionar si es necesario)	Características de riesgo biomédico (seleccionar si es necesario)	Generación de riesgo en el hogar (seleccionar si es necesario)	Barthel (valorar) en la sesión e inclusión en programa de tus pies	Otro factor externo relevante		Comer y beber	Cuidar apariencia personal	Vestirse	Deposición	Micción	Uso retrete	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 LACTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Ingreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Control de CyD	Número de veces que limpia la cepilla de su bebe al día	Cuidado niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTATIVA	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 [illegible] MILIAR ATENCION PRIMARIA EN SA[illegible]D
Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

10. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Causas prevalentes de la infancia	N. de Enfermedades prevalentes	Control crecimiento y desarrollo 6 meses	Rx Ortodoncia al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor (barniz o sellante)	Control de placa dentobacteriana	Presencia de sarro/sangrado	Nº Controles al año	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej (1-6)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (con tiempo valorado de la historia)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDITIVO LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales raices, tuberculos y platanos	2.Frutas y Verduras	3.Proteina	4.Grasas (aceites, mantequilla, margarina, aguacate) y	5.Lacteos	6.Grasas y dulces

EXPERIMENTACION			Participación en organismos del barrio o la vereda	Egreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitado en el último año	Prácticas de higiene antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de tutor/a	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	Remite a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL BEA															C y D	Pirogrma mas Salud Bucal	Otro / Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. Ocasiones 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino y Amigo 4. Mujer Infantil o comunitaria 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)

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Control de joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje vacunales 12 y los 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de asesoría de salud/ salud mes semana	Nº Condones de Quetzal al Día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participo/ En un organización o no del barrio o la vereda	Cuidado del Joven	Prevención de violencias	Acompaña a sus padres en quehaceres del hogar	Uso del tiempo libre
			Peso (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Cada consulta se calcula de acuerdo)													

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

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

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillado al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria E (1-4-5)						Remitir a					
					1.Cereales, raices, tuberculos, platanos y platano s	2.Hortalizas y legumbres cabo verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos, legumin osas secas y mariscos	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programas Adolescente	Programas Salud Sexual	Planificación Familiar	Cirolog ia	Tamizaj e Visual	Observaciones

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

Version 13.
30042024

12. JUVENTUD - 18 A 28

incompleta

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Cabeza del joven	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			Derivado de medicina	Planificación Familiar	Consumo de planificación en el último año	Citología vigente	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Asiste examen de mama	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Con ayuda de celular o automática)										Licor	N° Cigarros fuma al día	IPS	Consulta externa
1	Laura del C. Ortiz	NO	59	1.52		NO	SI	SI	SI	—	SI	NO	—	4	NO	NO	NO	SI

1. SI 2.No 3.No aplica

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

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

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

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRIMINOGÉNICOS						Tipo de riesgo consumido en la última vez (UNAL)						Rindió				
	1. Diabetes	2. Hipertensión arterial	3. Cardiopatía isquémica	4. Accidente cerebrovascular	5. Cáncer	6. Diabetes	7. Hipertensión arterial	8. Obesidad	9. Enfermedad cardiovascular	10. EPOC	11. Cáncer	1. Consumo de alcohol, sustancias psicoactivas y/o psicofármacos	2. Consumo de tabaco, derivados y nicotina	3. Alcohol	4. Sustancias psicoactivas y/o psicofármacos	5. Ninguno	6. Otros (Cuál?)	Programa Crecimiento y Desarrollo	Programa Joven Sano	Planificación Familiar	Citología	Observaciones
120/80	NO	NO	NO	NO	✓	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	✓	NO	SI	NO	

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

NF	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas control del adulto	Cuantos de preservativos recibe mensual	Consejeria Vigente	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad fisica semanal	Consumo				Posee vivienda propia		Hacinamiento	Tenencia de mascotas	Cantidad de mascotas	Acceso a servicios de salud oportuno	Actividad Diligenciada en Familias en Accion SFA	Plastificado en Familias	Examen de seguimiento	Asesoramiento de examenes
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Kg/m2) Si es mayor a 25 remitir a nutricion		Licor	Nº Cigarrillos/dia	SPA	Consume a quien?	Propia	Familiar								

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

Numero gestante	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la dieta diaria						Remite a						
	1.Diabetes (cual)	2.Hipertension	3.Cancer (cual)	4.Cardiopatia	5.Otro	Diabetes	Hipertension	Cardiopatia	Cancer (cual)	Otro	1.Carne (res, pollo, cerdo) y pescado	Cuales? (Frecuencia)	2.Frutas	4.Cereales (arroz, harinas, pastas) y tuberculos	5.Lacteos	Cuales y cuando	Integrante Activo	Integrante Salud Mental	Integrante Grupo Prioritario	Tamizaje de violencia	Citologia	Ruta de promocion y mantenimiento	Observaciones

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 comunitarios del adulto mayor	Controles de enfermería en los últimos 2 años	Consulta vigente	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de actividad física semanal	Consumo de				Prueba rápida de VIH		Perímetro abdominal	Perímetro de pantorrilla	Índice cintura cadera	Señales de maltrato	Asiste al odontólogo en los últimos años	Asistencia planificación familiar en el último año	Polifarmacia	Barreras de movilidad
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Para mayor de edad o mujeres de gestantes)		LICOR	AL DIARIO NO TODOS LOS DIAS	BPA	Fuma o ha fumado	Cantidad	Consejería								

Asistencia a citas de salud	Abandono?	Alteraciones bucales					CODIGOS					Tipo de alimento consumido en la vida diaria						Diversos						
		1.Dientes	2.Mucosa	3.Cáncer	4.Cáncer	5.Otros	Dientes	Periodonto	Oclusión	Examen bucal normal	Edentulo	1.Carnes rojas, cerdo y vísceras	2.Leche entera, huevos y quesos	3.Frutas	4.Cereales, granos, tubérculos y plátanos	5.Leche descremada	6.Carnes magras y pescado	Peso y talla en el último mes	Perdida de peso en el último mes	Consulta Salud Bucal	Consulta Control Prenatal	Tamizaje de Visión	Glicemia	Pone en práctica los derechos sexuales y reproductivos	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: Santa Rosa			Barrio o Vereda: Santa Elena			Dirección: Cra 6 Bis # 25-81			Ficha familiar No.		
	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	07	11	2023	V2				V3			
Responsable 1: Responsable 2: Yuliana Quintero Morales				Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	Nº telefono contacto
Sebastián Ruiz Nieva	Mª del Carmen Ortega Castrillón	3135417242

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza Cruta 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)

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1			(A) (M) (B) ✓	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)
2			(A) (M) (B)	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)
3			(A) (M) (B)	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)
4			(A) (M) (B)	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1			(A) (M) (B) ✓	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

.IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	CORIMA/CORREGIMIENTO	BARRIOVEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Santa Rosa.	Urbano.		Bulevar del café	

VIVIENDA SIN OCUPANTES Jardín alto.

DILIGENCIADO POR		Patricia Quiñonez Acevedo		
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87509	LONGITUD	-75.61965
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 1148	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	6-11-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	1				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Clle 23 # 8-04.
TELEFONO	3177092213
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA											6	
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

PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

IDENTIFICACION		HOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACION	¿CUANTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACION		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.R	Gestante No. de meses	
Tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	CPS		Desplazado	Discapacidad	Desarrollo		SI/NO	
																					SI/NO	cual	tipo	SI/NO	SI/NO	No. Meses
CC	1-1369762	José	Nicolas	Muñoz	Ortiz	M	10-8-57	66	3	3	1	01	SI	3	1	0	NO	S		NA	NO	0	NO	NO	NO	0

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

Nivel Educativo
1- Ninguno
2- Preescolar
3- Básica primaria
4- Básica secundaria
5- Media académica
6- Media técnica
7- Normalista
8- Técnico/Tecnológico
9- Universitario
10- Especialización
11- Maestría
12- Doctorado
13- Ninguno

Actividad Última Hora:
1 – En Actividad
2- Trabajando
3- Buscando Trabajo
4- Estudiante
5- Oficios en el Hogar
6- Rentista
7- Jubilado
8- Invalido

Tipo de Usuario
1- Subsidiado
2- Contributivo
3- Vinculado
4- Particular
5- Regimen Especial

ETNIAS
1- Ninguna
2- Indígena
3- Rom(GITANO)
4- Raizal(Archipiélago San Andrés y Providencia)
5- Palenquero de San Basilio
6- Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente

Por enfermedad, accidente o secuelas tiene alguna de las siguientes dificultades de forma permanente
1- Ceguera Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para caminar o moverse por sí mismo
5- Dificultad para alimentarse, vestirse, asearse por sí mismo
6- Dificultad para salir solo a la calle sin ayuda o compañía
7- Dificultad para aprender o estudiar

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

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
1.Casa o Apartamento ✓
5.Cuarto
6.Otro tipo
1.Casa Indigena

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

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

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

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

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

ESTRATO
1.Bajo bajo
1.Bajo
1.Medio bajo ✓
1.Medio
1.Medio Alto
1.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

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, Plastico, Plancha ✓
4. Asbesto

CIELO RASO?
SINO
CIELO RASO ADECUADO?
SINO

Estado del techo
bueno ✓
malo

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

Grietas en paredes SINO

AGUA CASERA
1.Sin tratamiento
1.Clorada ✓
1.Filtrada
1.Hervida
1.Clarificación
1.Aseleo

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

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

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 51 Nombre de la actividad Aseo

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

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA
Consume medicamentos bajo fórmula médica SINO 51
Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad SINO 52
¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? SINO 53

Version 13.
30042024

. ANIMALES

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

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

	HOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa le dice que no sirve para nada, que todo se queda mal, que son inservibles? (SI, NO, H/A)	¿Alguna persona de la casa ofrece a otra o a esta relaciones sexuales, a que lo hacen en la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, H/A)	Alguna persona de la casa por varios días: 1. Se siente triste 2. No se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy aislado 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa por varios días: 1. Se siente desesperada 2. Siente que se le puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. Se es no tanto a otra cosa 7. Dice que tiene mucha prisa	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	Algun persona de la casa: 1. Le que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme poco o mucho con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Algunas personas de la casa: 1. Se ve deteriorada sin razón 2. Tiene mucho bajo 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, trasiega, tiene delirio 6. Siente culpa de tomar licor o consumir otras drogas y no sirve	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	José Nicolás López	NO	NO	1.	2	NO	NO	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio SI / NO	Se siente con las vecinas SI / NO	Ha sufrido accidentes por parte de los niños	Consultó en el último mes por morder animales rabia. SI / NO	Consultó en el último mes por accidente odontológico SI / NO	Consultó en el último mes por accidente psicológico SI / NO	Ha solicitado consulta médica en el último mes SI / NO	Ha solicitado consulta odontológica en el último mes SI / NO	Participa en grupos organizaciones del barrio							
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Cancha (cuál)	3. Iglesia	4. Otro es especifique									1. Adulto mayor	2. Acción Comunal	3. Grupos	4. Fundación	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	José Nicolas Lopez	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					

Tipo de familia	Pertenece a red de apoyo social de la Secretaría de Salud		Otra ¿Cuál?	Pertenece al programa

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

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

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

3. GESTANTES

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual gestante	Residencia habitual durante el embarazo	Asistencia control prenatal	Nro. de controles	Asistencia control odontológico	Consulta odontológica	Tomas Tabaco		Intervenciones	Diagnósticos	Antecedentes Gestacionales						Antecedentes Personales	Edad actual									
								Si	No			1.Aborto	2.Cesarea	3.Parto pret	4.Gemelar actual	5.Otros											

Tipo de embarazo	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Antecedentes relevantes para la gestación actual									Exámenes de laboratorio				
	Gestaciones anteriores	Antecedentes preeclampsia	Vía de parto previo	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos	Diabetes gestacional	Hipertensión inducida	Hemorragias	Ruptura prematura membranas	Sangrado vaginal	Infección urinaria	IVAAG	Fecha última citología	Resultado	Baciloscopia	P.T.A.S.C.	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis IgG
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																		

Micronutrientes			Por cuál no recibe?	Esquema de vacunación					Remisión a otro programa	Gestión						
Hierro	Acido fólico	Calcio		Solicitud de biología (tamizaje de hipotiroidismo congénito)	Orientación sobre la importancia de la vacunación (esquema de vacunación)	Tamización VIH, sífilis, hepatitis B y toxoplasmosis	Vacunación contra tétanos según esquema	Dosis de vacunación aplicada		Consejería	Curso Maternidad Segura	Salud Bucal	Vacunación	Consejería	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

Se.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA GESTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Ingreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Canalización y D	Número de veces que asiste a consulta de crecimiento y desarrollo	Cuidador niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL					

Tiempo en meses

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

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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consulta primera infancia (AIEPI)	Fecha de valoración odontológica	Consulta odontología de primera infancia	Fecha de valoración de agudeza visual	Agudeza visual	Aplicación de flúor barniz odontológico	Control de placa bacteriana	Prescripción de medicamentos	N° Controles al año	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria de 0 a 6 años					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de manera automática)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTATIVA	AUDICION Y LENGUAJE	HABITO MALA Y SOCIAL										1.Leche materna, fórmula infantil y/o proteína vegetal	2.Alimentos y preparaciones propias de la familia	3.Frutas	4.Cereales, tubérculos, plátanos y derivados	5.Lácteos	6.Carnes, huevos y vísceras

EXPERIMENTACION			Participación en organización social dentro o fuera del barrio o la vereda	Episodios hospitalarios por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desarrollo acorde al último año	Prácticas nocivas durante los menos antes de nacer	Cuidado crianza y niñez	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 Suplefer en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Rutas				
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														C y D	Programa Salud Oral	Otra / Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. Ocasionales 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecinos y Amigos 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Ninguno								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

(SIVIGILA)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Metodo de Planificación	Escuela de formación completa	N. de horas de actividad física semanal	N° cepillados de dientes al Día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de especial cuidado	Participación en organizaciones o red del barrio de servicio	Cuidado del joven	Promoción de materno	Acompañamiento para realizar actividades en tiempo laborables	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)													

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

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

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

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

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

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Gestantes de reemplazo	Planificación Familiar	Control de planificación en el primer año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	Actividades educativas Tipo Mes	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Mas tarde se calcula o suficiente)										Licor	Cigarrillo	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 última vez						Familia				
	1.Diabetes	2.Hipertensión arterial	3.Cáncer mama	4.Cáncer p	5.Otros	Diabetes	Hipertensión arterial	Obesidad	Enfermedad mental	EPOC	Cáncer	1.Comida rápida, gaseosas y golosinas	2.Alimentos saludables, frutas y verduras	3.Frutas	4.Jugos naturales sin azúcar	5.Lácteos	6.Carnes y huevos	Proyecto vida Juventud	Proyecto vida Salud Sexual	Proyecto vida Familia	Observaciones	

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistio a programas control crec desarro	Examen de tamizaje en los ultimos 3 años	Consejeria vacunas	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N de horas de ejercicio semanal	Consumo de				Percepcion salud mental		Puntaje atencion	Puntaje no consulta	Indice masa corporal	Semana de medicion	Asesoria nutricional	Asesoria psicologica	Practicado en consulta	Examen de laboratorio	
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	Indice cintura cadera		Licor	No cigarrillos dia	SPA	Consumo actual	Bienestar	Dificultades									

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

Numero de	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimentacion consumida en el ultimo dia						Tamizaje						
	1.Diabetes	2.Hipertension	3.Cardiopatia	4.Cancer	5.Otros	Diabetes	Hipertension	Diabetes gestacional	Sindrome metabolico	EPOC	1.Comidas rapidas, comidas ricas en grasas y proteinas	2.Frutas verduras y legumbres frescas	3.Frituras	4.Alimentos ricos en azucares (gaseosas, jugos, postres)	5.Lacteos	6.Cereales y granos	Consejeria Actividad	Consejeria Salud Mental	Consejeria Consumo Tabaco	Tamizaje de Violencia	Citologia	Punto de corte y resultado	Observ

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

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistencia a programas de promoción de la salud	Diagnóstico de problemas en los últimos 2 años	Clasificación riesgo	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: peso (Kgs)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: talla (Cms)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: IMC (Peso/talla en metros al cuadrado)	N. de meses de medicación (Total mensual)	Consumo de: Licor	Consumo de: Nº Cigarrillos día	Consumo de: SPA	Consumo de: Consulta Crónico	Presión arterial en mmHg: Sistólica	Presión arterial en mmHg: Diastólica	Hemoglobina glicosilada	Hemoglobina en ayunas	Lectura Glicemia capilar	Tamizaje de Hipotiroidismo	Consulta de enfermería en el último año	Asesoramiento alimentario en el último año	Pendiente OD Terminal	Examen de laboratorio
	José Nicolas Lopez	NO	Si	-	80	1.55		0	NO	0	NO	NO	130	70	117	115		NO	NO	-	-	NO

Autocuidado nivel medio	Mamografía	Antecedentes familiares: 1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer mama	4.Cáncer próstata	5.Cáncer colon	CIRUGIAS: Glaucoma	Hipertrofia prostática	Diverticulitis	Safenectomía renal	EPOC	Tipo de alimentación consumida en la última hora: 1.Carne roja, cerdo y vísceras	2.Carne blanca y huevos	3.Frutas	4.Cereales integrales	5.Lácteos	6.Otros de la última hora	Remisiones: Programa Adulto Mayor	Programa Salud Oral	Plan de mejoramiento	Terapias Virtual	Ejercicio	Riesgo cardiovascular	Observaciones
-	-	Si	NO	NO	NO	3	3	✓	✓	3	NO	Si	Si	Si	Si	Si	NO	✓	✓	-	✓	-	Si	

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.	Sn Buenaventura.	Clle 23 # 8-04.	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	06	11	2023	V2				V3			

Responsable 1: Responsable 2: patricia quintero efectivo	Responsable 1: Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:

Nombre del Jefe del Hogar:	Nombre de quien recibe la visita:	N° telefono contacto:
José Nicolas Lopez Ortiz	José Nicolas Lopez ortiz.	3177092213.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterizacion social y ajustes entes en los entornos de vida cotidiana con ambos en el entorno vigor.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

Tipos de riesgo en los hallazgos: Alto. (A) Media (M) Baja. (B)

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1			(A) (M) (B)	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)
2			(A) (M) (B)	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)
3			(A) (M) (B)	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)
4			(A) (M) (B)	(A) (M) (B)	(A) (M) (B)

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

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

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaría de Salud Departamento de Risaralda

.IDENTIFICACION

Version 13.
30042024

AREA GEOGRAFICA					
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	ZONA	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Dosquebradas	Urbana		Jardines parte alto	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Guarnizo Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87389	LONGITUD	-75.61939.
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 147	FAMILIA	1	COHORTE	13
FECHA VISITA	6-11-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	4				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Clle 259 7B26 ✓
TELEFONO	3174734734.
CORREO ELECTRONICO	

VISITAS REALIZADAS

MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA											6	
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)
Efrain.		villa	Arias	M.	70	
Ma	Eugenia	villa	Cardona	F	40	
Valentina.		Sanchez	villa	F	17	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

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

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

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIEMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA AL FONDO DE PENSIONES	AFILIACION		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.R.D.I.R.	Gestante No. de meses	
Tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				SI/2 o 3				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado SI/NO	Discapacidad origen	Desarrollo zado tipo	Desarrollo zado SI/NO	SI/NO NA	SI/NO	No. meses
CC	25.159.[illegible]	[illegible]	—	[illegible]	[illegible]	F	6-7-63	62	3	1	2	3	Si	3	4	0	NO	5	[illegible]	NA	NO	0	NO	NO	NO	NO	0

- Unidad de Medida: 1- Dias; 2 – Meses; 3 – Años
- Nivel Educativo: 1- Primaria; 2- Secundaria; 3- Medio o tecnológico; 4- Universitario; 5- Ninguno o Ninguna
- Actividad Ética Vital: 0 – Sin Actividad; 1- Trabajando; 2- Buscando Trabajo; 3- Estudiando; 4- Oficios en el Hogar; 5- Rentista; 6- Jubilado; 7- Invalido
- Tipo de Usuario: 1- Subsidiado; 2- Contributivo; 3- Pobre no Asegurado; 4- Particular; 5- Regimen Especial
- EPS: 00- No aplica; 01- Indigena; 02- ECOOPSOS; 03- Salud (Red Salud Risaralda, Salud Coop. y Pensionados); 04- Saludcoop; 05- Medimas; 06- Asmet Salud; 07- Comfamiliar; 08- Coomeva; 09- Famisanar; 10- Sanitas; 11- Susalud; 12- Cafesalud; 13- Humana Vivir; 14- Cruz Blanca; 15- Salud Total; 16- Colsanitas; 17- Nueva EPS; 18- Salud Vida; 19- Comfenalco; 20- Comfamiliar; 21- Cajacopi; 22- Capresoca; 23- Comfacor; 24- Comfachoco; 25- Comfaoriente; 26- Coomeva; 27- Famisanar; 28- Sanitas; 29- Susalud; 30- Cafesalud; 31- Humana Vivir; 32- Cruz Blanca; 33- Salud Total; 34- Colsanitas; 35- Nueva EPS; 36- Salud Vida; 37- Comfenalco; 38- Comfamiliar; 39- Cajacopi; 40- Capresoca; 41- Comfacor; 42- Comfachoco; 43- Comfaoriente; 44- Coomeva; 45- Famisanar; 46- Sanitas; 47- Susalud; 48- Cafesalud; 49- Humana Vivir; 50- Cruz Blanca; 51- Salud Total; 52- Colsanitas; 53- Nueva EPS; 54- Salud Vida; 55- Comfenalco; 56- Comfamiliar; 57- Cajacopi; 58- Capresoca; 59- Comfacor; 60- Comfachoco; 61- Comfaoriente; 62- Coomeva; 63- Famisanar; 64- Sanitas; 65- Susalud; 66- Cafesalud; 67- Humana Vivir; 68- Cruz Blanca; 69- Salud Total; 70- Colsanitas; 71- Nueva EPS; 72- Salud Vida; 73- Comfenalco; 74- Comfamiliar; 75- Cajacopi; 76- Capresoca; 77- Comfacor; 78- Comfachoco; 79- Comfaoriente; 80- Coomeva; 81- Famisanar; 82- Sanitas; 83- Susalud; 84- Cafesalud; 85- Humana Vivir; 86- Cruz Blanca; 87- Salud Total; 88- Colsanitas; 89- Nueva EPS; 90- Salud Vida; 91- Comfenalco; 92- Comfamiliar; 93- Cajacopi; 94- Capresoca; 95- Comfacor; 96- Comfachoco; 97- Comfaoriente; 98- Coomeva; 99- Famisanar; 100- Sanitas; 101- Susalud; 102- Cafesalud; 103- Humana Vivir; 104- Cruz Blanca; 105- Salud Total; 106- Colsanitas; 107- Nueva EPS; 108- Salud Vida; 109- Comfenalco; 110- Comfamiliar; 111- Cajacopi; 112- Capresoca; 113- Comfacor; 114- Comfachoco; 115- Comfaoriente; 116- Coomeva; 117- Famisanar; 118- Sanitas; 119- Susalud; 120- Cafesalud; 121- Humana Vivir; 122- Cruz Blanca; 123- Salud Total; 124- Colsanitas; 125- Nueva EPS; 126- Salud Vida; 127- Comfenalco; 128- Comfamiliar; 129- Cajacopi; 130- Capresoca; 131- Comfacor; 132- Comfachoco; 133- Comfaoriente; 134- Coomeva; 135- Famisanar; 136- Sanitas; 137- Susalud; 138- Cafesalud; 139- Humana Vivir; 140- Cruz Blanca; 141- Salud Total; 142- Colsanitas; 143- Nueva EPS; 144- Salud Vida; 145- Comfenalco; 146- Comfamiliar; 147- Cajacopi; 148- Capresoca; 149- Comfacor; 150- Comfachoco; 151- Comfaoriente; 152- Coomeva; 153- Famisanar; 154- Sanitas; 155- Susalud; 156- Cafesalud; 157- Humana Vivir; 158- Cruz Blanca; 159- Salud Total; 160- Colsanitas; 161- Nueva EPS; 162- Salud Vida; 163- Comfenalco; 164- Comfamiliar; 165- Cajacopi; 166- Capresoca; 167- Comfacor; 168- Comfachoco; 169- Comfaoriente; 170- Coomeva; 171- Famisanar; 172- Sanitas; 173- Susalud; 174- Cafesalud; 175- Humana Vivir; 176- Cruz Blanca; 177- Salud Total; 178- Colsanitas; 179- Nueva EPS; 180- Salud Vida; 181- Comfenalco; 182- Comfamiliar; 183- Cajacopi; 184- Capresoca; 185- Comfacor; 186- Comfachoco; 187- Comfaoriente; 188- Coomeva; 189- Famisanar; 190- Sanitas; 191- Susalud; 192- Cafesalud; 193- Humana Vivir; 194- Cruz Blanca; 195- Salud Total; 196- Colsanitas; 197- Nueva EPS; 198- Salud Vida; 199- Comfenalco; 200- Comfamiliar; 201- Cajacopi; 202- Capresoca; 203- Comfacor; 204- Comfachoco; 205- Comfaoriente; 206- Coomeva; 207- Famisanar; 208- Sanitas; 209- Susalud; 210- Cafesalud; 211- Humana Vivir; 212- Cruz Blanca; 213- Salud Total; 214- Colsanitas; 215- Nueva EPS; 216- Salud Vida; 217- Comfenalco; 218- Comfamiliar; 219- Cajacopi; 220- Capresoca; 221- Comfacor; 222- Comfachoco; 223- Comfaoriente; 224- Coomeva; 225- Famisanar; 226- Sanitas; 227- Susalud; 228- Cafesalud; 229- Humana Vivir; 230- Cruz Blanca; 231- Salud Total; 232- Colsanitas; 233- Nueva EPS; 234- Salud Vida; 235- Comfenalco; 236- Comfamiliar; 237- Cajacopi; 238- Capresoca; 239- Comfacor; 240- Comfachoco; 241- Comfaoriente; 242- Coomeva; 243- Famisanar; 244- Sanitas; 245- Susalud; 246- Cafesalud; 247- Humana Vivir; 248- Cruz Blanca; 249- Salud Total; 250- Colsanitas; 251- Nueva EPS; 252- Salud Vida; 253- Comfenalco; 254- Comfamiliar; 255- Cajacopi; 256- Capresoca; 257- Comfacor; 258- Comfachoco; 259- Comfaoriente; 260- Coomeva; 261- Famisanar; 262- Sanitas; 263- Susalud; 264- Cafesalud; 265- Humana Vivir; 266- Cruz Blanca; 267- Salud Total; 268- Colsanitas; 269- Nueva EPS; 270- Salud Vida; 271- Comfenalco; 272- Comfamiliar; 273- Cajacopi; 274- Capresoca; 275- Comfacor; 276- Comfachoco; 277- Comfaoriente; 278- Coomeva; 279- Famisanar; 280- Sanitas; 281- Susalud; 282- Cafesalud; 283- Humana Vivir; 284- Cruz Blanca; 285- Salud Total; 286- Colsanitas; 287- Nueva EPS; 288- Salud Vida; 289- Comfenalco; 290- Comfamiliar; 291- Cajacopi; 292- Capresoca; 293- Comfacor; 294- Comfachoco; 295- Comfaoriente; 296- Coomeva; 297- Famisanar; 298- Sanitas; 299- Susalud; 300- Cafesalud; 301- Humana Vivir; 302- Cruz Blanca; 303- Salud Total; 304- Colsanitas; 305- Nueva EPS; 306- Salud Vida; 307- Comfenalco; 308- Comfamiliar; 309- Cajacopi; 310- Capresoca; 311- Comfacor; 312- Comfachoco; 313- Comfaoriente; 314- Coomeva; 315- Famisanar; 316- Sanitas; 317- Susalud; 318- Cafesalud; 319- Humana Vivir; 320- Cruz Blanca; 321- Salud Total; 322- Colsanitas; 323- Nueva EPS; 324- Salud Vida; 325- Comfenalco; 326- Comfamiliar; 327- Cajacopi; 328- Capresoca; 329- Comfacor; 330- Comfachoco; 331- Comfaoriente; 332- Coomeva; 333- Famisanar; 334- Sanitas; 335- Susalud; 336- Cafesalud; 337- Humana Vivir; 338- Cruz Blanca; 339- Salud Total; 340- Colsanitas; 341- Nueva EPS; 342- Salud Vida; 343- Comfenalco; 344- Comfamiliar; 345- Cajacopi; 346- Capresoca; 347- Comfacor; 348- Comfachoco; 349- Comfaoriente; 350- Coomeva; 351- Famisanar; 352- Sanitas; 353- Susalud; 354- Cafesalud; 355- Humana Vivir; 356- Cruz Blanca; 357- Salud Total; 358- Colsanitas; 359- Nueva EPS; 360- Salud Vida; 361- Comfenalco; 362- Comfamiliar; 363- Cajacopi; 364- Capresoca; 365- Comfacor; 366- Comfachoco; 367- Comfaoriente; 368- Coomeva; 369- Famisanar; 370- Sanitas; 371- Susalud; 372- Cafesalud; 373- Humana Vivir; 374- Cruz Blanca; 375- Salud Total; 376- Colsanitas; 377- Nueva EPS; 378- Salud Vida; 379- Comfenalco; 380- Comfamiliar; 381- Cajacopi; 382- Capresoca; 383- Comfacor; 384- Comfachoco; 385- Comfaoriente; 386- Coomeva; 387- Famisanar; 388- Sanitas; 389- Susalud; 390- Cafesalud; 391- Humana Vivir; 392- Cruz Blanca; 393- Salud Total; 394- Colsanitas; 395- Nueva EPS; 396- Salud Vida; 397- Comfenalco; 398- Comfamiliar; 399- Cajacopi; 400- Capresoca; 401- Comfacor; 402- Comfachoco; 403- Comfaoriente; 404- Coomeva; 405- Famisanar; 406- Sanitas; 407- Susalud; 408- Cafesalud; 409- Humana Vivir; 410- Cruz Blanca; 411- Salud Total; 412- Colsanitas; 413- Nueva EPS; 414- Salud Vida; 415- Comfenalco; 416- Comfamiliar; 417- Cajacopi; 418- Capresoca; 419- Comfacor; 420- Comfachoco; 421- Comfaoriente; 422- Coomeva; 423- Famisanar; 424- Sanitas; 425- Susalud; 426- Cafesalud; 427- Humana Vivir; 428- Cruz Blanca; 429- Salud Total; 430- Colsanitas; 431- Nueva EPS; 432- Salud Vida; 433- Comfenalco; 434- Comfamiliar; 435- Cajacopi; 436- Capresoca; 437- Comfacor; 438- Comfachoco; 439- Comfaoriente; 440- Coomeva; 441- Famisanar; 442- Sanitas; 443- Susalud; 444- Cafesalud; 445- Humana Vivir; 446- Cruz Blanca; 447- Salud Total; 448- Colsanitas; 449- Nueva EPS; 450- Salud Vida; 451- Comfenalco; 452- Comfamiliar; 453- Cajacopi; 454- Capresoca; 455- Comfacor; 456- Comfachoco; 457- Comfaoriente; 458- Coomeva; 459- Famisanar; 460- Sanitas; 461- Susalud; 462- Cafesalud; 463- Humana Vivir; 464- Cruz Blanca; 465- Salud Total; 466- Colsanitas; 467- Nueva EPS; 468- Salud Vida; 469- Comfenalco; 470- Comfamiliar; 471- Cajacopi; 472- Capresoca; 473- Comfacor; 474- Comfachoco; 475- Comfaoriente; 476- Coomeva; 477- Famisanar; 478- Sanitas; 479- Susalud; 480- Cafesalud; 481- Humana Vivir; 482- Cruz Blanca; 483- Salud Total; 484- Colsanitas; 485- Nueva EPS; 486- Salud Vida; 487- Comfenalco; 488- Comfamiliar; 489- Cajacopi; 490- Capresoca; 491- Comfacor; 492- Comfachoco; 493- Comfaoriente; 494- Coomeva; 495- Famisanar; 496- Sanitas; 497- Susalud; 498- Cafesalud; 499- Humana Vivir; 500- Cruz Blanca; 501- Salud Total; 502- Colsanitas; 503- Nueva EPS; 504- Salud Vida; 505- Comfenalco; 506- Comfamiliar; 507- Cajacopi; 508- Capresoca; 509- Comfacor; 510- Comfachoco; 511- Comfaoriente; 512- Coomeva; 513- Famisanar; 514- Sanitas; 515- Susalud; 516- Cafesalud; 517- Humana Vivir; 518- Cruz Blanca; 519- Salud Total; 520- Colsanitas; 521- Nueva EPS; 522- Salud Vida; 523- Comfenalco; 524- Comfamiliar; 525- Cajacopi; 526- Capresoca; 527- Comfacor; 528- Comfachoco; 529- Comfaoriente; 530- Coomeva; 531- Famisanar; 532- Sanitas; 533- Susalud; 534- Cafesalud; 535- Humana Vivir; 536- Cruz Blanca; 537- Salud Total; 538- Colsanitas; 539- Nueva EPS; 540- Salud Vida; 541- Comfenalco; 542- Comfamiliar; 543- Cajacopi; 544- Capresoca; 545- Comfacor; 546- Comfachoco; 547- Comfaoriente; 548- Coomeva; 549- Famisanar; 550- Sanitas; 551- Susalud; 552- Cafesalud; 553- Humana Vivir; 554- Cruz Blanca; 555- Salud Total; 556- Colsanitas; 557- Nueva EPS; 558- Salud Vida; 559- Comfenalco; 560- Comfamiliar; 561- Cajacopi; 562- Capresoca; 563- Comfacor; 564- Comfachoco; 565- Comfaoriente; 566- Coomeva; 567- Famisanar; 568- Sanitas; 569- Susalud; 570- Cafesalud; 571- Humana Vivir; 572- Cruz Blanca; 573- Salud Total; 574- Colsanitas; 575- Nueva EPS; 576- Salud Vida; 577- Comfenalco; 578- Comfamiliar; 579- Cajacopi; 580- Capresoca; 581- Comfacor; 582- Comfachoco; 583- Comfaoriente; 584- Coomeva; 585- Famisanar; 586- Sanitas; 587- Susalud; 588- Cafesalud; 589- Humana Vivir; 590- Cruz Blanca; 591- Salud Total; 592- Colsanitas; 593- Nueva EPS; 594- Salud Vida; 595- Comfenalco; 596- Comfamiliar; 597- Cajacopi; 598- Capresoca; 599- Comfacor; 600- Comfachoco; 601- Comfaoriente; 602- Coomeva; 603- Famisanar; 604- Sanitas; 605- Susalud; 606- Cafesalud; 607- Humana Vivir; 608- Cruz Blanca; 609- Salud Total; 610- Colsanitas; 611- Nueva EPS; 612- Salud Vida; 613- Comfenalco; 614- Comfamiliar; 615- Cajacopi; 616- Capresoca; 617- Comfacor; 618- Comfachoco; 619- Comfaoriente; 620- Coomeva; 621- Famisanar; 622- Sanitas; 623- Susalud; 624- Cafesalud; 625- Humana Vivir; 626- Cruz Blanca; 627- Salud Total; 628- Colsanitas; 629- Nueva EPS; 630- Salud Vida; 631- Comfenalco; 632- Comfamiliar; 633- Cajacopi; 634- Capresoca; 635- Comfacor; 636- Comfachoco; 637- Comfaoriente; 638- Coomeva; 639- Famisanar; 640- Sanitas; 641- Susalud; 642- Cafesalud; 643- Humana Vivir; 644- Cruz Blanca; 645- Salud Total; 646- Colsanitas; 647- Nueva EPS; 648- Salud Vida; 649- Comfenalco; 650- Comfamiliar; 651- Cajacopi; 652- Capresoca; 653- Comfacor; 654- Comfachoco; 655- Comfaoriente; 656- Coomeva; 657- Famisanar; 658- Sanitas; 659- Susalud; 660- Cafesalud; 661- Humana Vivir; 662- Cruz Blanca; 663- Salud Total; 664- Colsanitas; 665- Nueva EPS; 666- Salud Vida; 667- Comfenalco; 668- Comfamiliar; 669- Cajacopi; 670- Capresoca; 671- Comfacor; 672- Comfachoco; 673- Comfaoriente; 674- Coomeva; 675- Famisanar; 676- Sanitas; 677- Susalud; 678- Cafesalud; 679- Humana Vivir; 680- Cruz Blanca; 681- Salud Total; 682- Colsanitas; 683- Nueva EPS; 684- Salud Vida; 685- Comfenalco; 686- Comfamiliar; 687- Cajacopi; 688- Capresoca; 689- Comfacor; 690- Comfachoco; 691- Comfaoriente; 692- Coomeva; 693- Famisanar; 694- Sanitas; 695- Susalud; 696- Cafesalud; 697- Humana Vivir; 698- Cruz Blanca; 699- Salud Total; 700- Colsanitas; 701- Nueva EPS; 702- Salud Vida; 703- Comfenalco; 704- Comfamiliar; 705- Cajacopi; 706- Capresoca; 707- Comfacor; 708- Comfachoco; 709- Comfaoriente; 710- Coomeva; 711- Famisanar; 712- Sanitas; 713- Susalud; 714- Cafesalud; 715- Humana Vivir; 716- Cruz Blanca; 717- Salud Total; 718- Colsanitas; 719- Nueva EPS; 720- Salud Vida; 721- Comfenalco; 722- Comfamiliar; 723- Cajacopi; 724- Capresoca; 725- Comfacor; 726- Comfachoco; 727- Comfaoriente; 728- Coomeva; 729- Famisanar; 730- Sanitas; 731- Susalud; 732- Cafesalud; 733- Humana Vivir; 734- Cruz Blanca; 735- Salud Total; 736- Colsanitas; 737- Nueva EPS; 738- Salud Vida; 739- Comfenalco; 740- Comfamiliar; 741- Cajacopi; 742- Capresoca; 743- Comfacor; 744- Comfachoco; 745- Comfaoriente; 746- Coomeva; 747- Famisanar; 748- Sanitas; 749- Susalud; 750- Cafesalud; 751- Humana Vivir; 752- Cruz Blanca; 753- Salud Total; 754- Colsanitas; 755- Nueva EPS; 756- Salud Vida; 757- Comfenalco; 758- Comfamiliar; 759- Cajacopi; 760- Capresoca; 761- Comfacor; 762- Comfachoco; 763- Comfaoriente; 764- Coomeva; 765- Famisanar; 766- Sanitas; 767- Susalud; 768- Cafesalud; 769- Humana Vivir; 770- Cruz Blanca; 771- Salud Total; 772- Colsanitas; 773- Nueva EPS; 774- Salud Vida; 775- Comfenalco; 776- Comfamiliar; 777- Cajacopi; 778- Capresoca; 779- Comfacor; 780- Comfachoco; 781- Comfaoriente; 782- Coomeva; 783- Famisanar; 784- Sanitas; 785- Susalud; 786- Cafesalud; 787- Humana Vivir; 788- Cruz Blanca; 789- Salud Total; 790- Colsanitas; 791- Nueva EPS; 792- Salud Vida; 793- Comfenalco; 794- Comfamiliar; 795- Cajacopi; 796- Capresoca; 797- Comfacor; 798- Comfachoco; 799- Comfaoriente; 800- Coomeva; 801- Famisanar; 802- Sanitas; 803- Susalud; 804- Cafesalud; 805- Humana Vivir; 806- Cruz Blanca; 807- Salud Total; 808- Colsanitas; 809- Nueva EPS; 810- Salud Vida; 811- Comfenalco; 812- Comfamiliar; 813- Cajacopi; 814- Capresoca; 815- Comfacor; 816- Comfachoco; 817- Comfaoriente; 818- Coomeva; 819- Famisanar; 820- Sanitas; 821- Susalud; 822- Cafesalud; 823- Humana Vivir; 824- Cruz Blanca; 825- Salud Total; 826- Colsanitas; 827- Nueva EPS; 828- Salud Vida; 829- Comfenalco; 830- Comfamiliar; 831- Cajacopi; 832- Capresoca; 833- Comfacor; 834- Comfachoco; 835- Comfaoriente; 836- Coomeva; 837- Famisanar; 838- Sanitas; 839- Susalud; 840- Cafesalud; 841- Humana Vivir; 842- Cruz Blanca; 843- Salud Total; 844- Colsanitas; 845- Nueva EPS; 846- Salud Vida; 847- Comfenalco; 848- Comfamiliar; 849- Cajacopi; 850- Capresoca; 851- Comfacor; 852- Comfachoco; 853- Comfaoriente; 854- Coomeva; 855- Famisanar; 856- Sanitas; 857- Susalud; 858- Cafesalud; 859- Humana Vivir; 860- Cruz Blanca; 861- Salud Total; 862- Colsanitas; 863- Nueva EPS; 864- Salud Vida; 865- Comfenalco; 866- Comfamiliar; 867- Cajacopi; 868- Capresoca; 869- Comfacor; 870- Comfachoco; 871- Comfaoriente; 872- Coomeva; 873- Famisanar; 874- Sanitas; 875- Susalud; 876- Cafesalud; 877- Humana Vivir; 878- Cruz Blanca; 879- Salud Total; 880- Colsanitas; 881- Nueva EPS; 882- Salud Vida; 883- Comfenalco; 884- Comfamiliar; 885- Cajacopi; 886- Capresoca; 887- Comfacor; 888- Comfachoco; 889- Comfaoriente; 890- Coomeva; 891- Famisanar; 892- Sanitas; 893- Susalud; 894- Cafesalud; 895- Humana Vivir; 896- Cruz Blanca; 897- Salud Total; 898- Colsanitas; 899- Nueva EPS; 900- Salud Vida; 901- Comfenalco; 902- Comfamiliar; 903- Cajacopi; 904- Capresoca; 905- Comfacor; 906- Comfachoco; 907- Comfaoriente; 908- Coomeva; 909- Famisanar; 910- Sanitas; 911- Susalud; 912- Cafesalud; 913- Humana Vivir; 914- Cruz Blanca; 915- Salud Total; 916- Colsanitas; 917- Nueva EPS; 918- Salud Vida; 919- Comfenalco; 920- Comfamiliar; 921- Cajacopi; 922- Capresoca; 923- Comfacor; 924- Comfachoco; 925- Comfaoriente; 926- Coomeva; 927- Famisanar; 928- Sanitas; 929- Susalud; 930- Cafesalud; 931- Humana Vivir; 932- Cruz Blanca; 933- Salud Total; 934- Colsanitas; 935- Nueva EPS; 936- Salud Vida; 937- Comfenalco; 938- Comfamiliar; 939- Cajacopi; 940- Capresoca; 941- Comfacor; 942- Comfachoco; 943- Comfaoriente; 944- Coomeva; 945- Famisanar; 946- Sanitas; 947- Susalud; 948- Cafesalud; 949- Humana Vivir; 950- Cruz Blanca; 951- Salud Total; 952- Colsanitas; 953- Nueva EPS; 954- Salud Vida; 955- Comfenalco; 956- Comfamiliar; 957- Cajacopi; 958- Capresoca; 959- Comfacor; 960- Comfachoco; 961- Comfaoriente; 962- Coomeva; 963- Famisanar; 964- Sanitas; 965- Susalud; 966- Cafesalud; 967- Humana Vivir; 968- Cruz Blanca; 969- Salud Total; 970- Colsanitas; 971- Nueva EPS; 972- Salud Vida; 973- Comfenalco; 974- Comfamiliar; 975- Cajacopi; 976- Capresoca; 977- Comfacor; 978- Comfachoco; 979- Comfaoriente; 980- Coomeva; 981- Famisanar; 982- Sanitas; 983- Susalud; 984- Cafesalud; 985- Humana Vivir; 986- Cruz Blanca; 987- Salud Total; 988- Colsanitas; 989- Nueva EPS; 990- Salud Vida; 991- Comfenalco; 992- Comfamiliar; 993- Cajacopi; 994- Capresoca; 995- Comfacor; 996- Comfachoco; 997- Comfaoriente; 998- Coomeva; 999- Famisanar; 1000- Sanitas

- Por enfermedad, accidente o maternidad tiene algunos de los siguientes problemas de forma permanente: 1- Ceguera Total; 2- Sordera Total; 3- Mudez; 4- Dificultad para moverse o caminar por si mismo; 5- Dificultad para bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo; 6- Dificultad para salir a la calle o hacerlo acompañado; 7- Dificultad para aprender o entender
- Tipo de Discapacidad: 1- Psicologica; 2- Accidente Laboral; 3- Accidente de Transito; 4- Enfermedad Profesional; 5- Violencia; 6- Desconocido
- Ha recibido o programas de rehabilitación de acuerdo a su discapacidad: 1 – Si; 2 – No; 3 – No aplica

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESERVORIOS DE AGUA
1. Cuentos
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 61

CIELO RASO ADECUADO?
SI/NO 61

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 64

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

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

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

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

Separado de la Fuente 65

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

OTROS DATOS ADICIONALES
Actividad lucrativa dentro de la vivienda 66
Nombre de la actividad

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

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA
Consume medicamentos bajo fórmula médica SI/NO 67
Almacena medicamentos lejos de la luz, calor y humedad SI/NO 68
¿Revisa la fecha de vencimiento del medicamento antes de consumirlo? SI/NO 69

Version 13.
30042024

. ANIMALES

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

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa les dice que no sirven para nada, que todo les sale mal, que son inservibles? (SI, NO, NIÑA)	¿Alguna persona en la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, o que le toque en la boca o tocar sus partes íntimas? (SI, NO, NIÑA)	Alguna persona en la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente FELIZ	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. Se le monta a otra gente 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas inconexas	Alguna persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no, 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o vomitera con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Tiene mucho licor u otras drogas en poco tiempo 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata en otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando le dan licor u otras drogas, pelea, insulta, roba, delinque 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Araceli Andrea M.	NO	NO	1	2	NO	~	~	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

Sola

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	En los últimos seis meses. SI / NO	Una vez	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 solicitado consulta médica en el último mes. SI / NO	Ha solicitado consulta odontológica en el último mes. SI / NO	Participa en grupos o organizaciones del barrio						
		1. EPS, Centro o Puesto de Salud	2. Tienda comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. Ninguno	2. Junta de Acción Comunal	3. Grupo	4. Vecinos	5. Fundación	6. Deportivo	7. Otro	Cual
1	Araceli Ordoñez M.	X	X	Si	Si	NO	1000	X	Si	NO	Si	Si	NO	X	X	X	X	X	X	X	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
0																					

Tipo de familia	Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud		Otra (Cual)	Pertenece al programa

1. Nuclear
2. Monoparental
3. Extensa
4. Reconstituida
5. Pasamanería

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

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

3. GESTANTES

Version 13.
30042024

No.	Edad gestacional por FUM	Edad gestacional por ecografía	Clasificación del riesgo del valorado	Gestantes valoradas por primera vez	No. de controles	Asistencia a controles prenatales	Consejería anticonceptiva	Toxoide Tetánico		Inmunización	DIU Postevento	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preeclampsia previa	4.Cardiopatía materna	5.Otros		Fecha última menstruación	Fecha probable de parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs)	Talla (cms)	I.M.C. (Clasificación según estado nutricional para gestantes)	Tensión arterial	Hemoglobina / Hematocrito

Fecha de ingreso	ANTECEDENTES OBSTETRICOS									Antecedentes del uso actual (Este embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	Gravida anteriores	Hijos vivos anteriores	Historia Obstetrica					Estado actual de los hijos		Diabetes gestacional	Hipertensión inducida	Hemorragias	Ruptura prematura de membranas	Sepsis puerperal	Muerte materna	C.I.U.G.	Gestación ectopica	Trabajo de parto	Serología	P.T.O.G.	Vih	Hepatitis B	Toxoplasmosis
			No. de partos	Partos vaginales		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos															
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																		

Ultrasonidos			Plan educativo instalado?	Motivos de consulta					Prestación de servicios de salud	Medico						
Fecha	Aceptó hacerlo	Cuando		Solicitud de seguridad social (afiliación o actualización)	Direccionamiento de consulta (Urgencias, consulta prioritaria o consulta programada)	Solicitud de copias de historia clínica, epicrisis, ayudas del medicamento	Recepción (entrega) de la copia (historia clínica) de los hijos	Consulta externa programada		Control Prenatal	Control Puerperio/Posnatal	Salud Oral	Vacunación	Citología	Planificación	Otros motivos

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

Version 13.
30042024

9. PRIMERA INFANCIA - 0 DIAS A 5 AÑOS

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MESES DE LA GTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Ingreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Control de CyD	Número de veces que limpia la nariz de su bebe al día	Cuidado niños y niñas
		Gestación	Mitad	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTATIVA	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