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

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

ACTIVIDAD 6.1 NOMBRE ACTIVIDAD: CARACTERIZACIÓN LUGAR: SANTA ELENA FECHA: 07/11/2025 DIRECCIÓN: CRA 7 # 25-81	ENFERMERA: PATRICIA QUIRAMA ACEVEDO



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

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

ACTIVIDAD 6.1

NOMBRE ACTIVIDAD: CARACTERIZACIÓN

LUGAR: BULEVAR DEL CAFÉ

FECHA: 06/11/2025

DIRECCIÓN: CALLE 23ª # 7-11 JARDIN BAJO

ENFERMERA: PATRICIA QUIRAMA ACEVEDO

DIRECCIÓN: CALLE 23B # 7-26 APTO 1 BULEVAR DEL CAFE



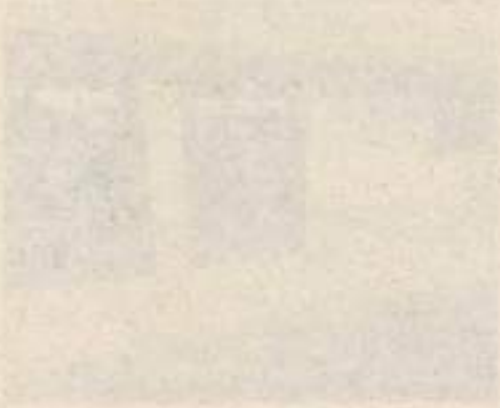


DIRECCIÓN: CALLE 23B # 7-26 APTO 301



DIRECCIÓN: CALLE 23 # 6ª-08









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

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

ACTIVIDAD 6.1

NOMBRE ACTIVIDAD: CARACTERIZACIÓN

LUGAR: JARDIN ALTO

FECHA: 06/11/2025

DIRECCIÓN: CALLE 23 #7B 04

ENFERMERA: PATRICIA QUIRAMA ACEVEDO

DIRECCIÓN: CALLE 23 # 7-03





DIRECCIÓN: CALLE 23ª # 7B 14



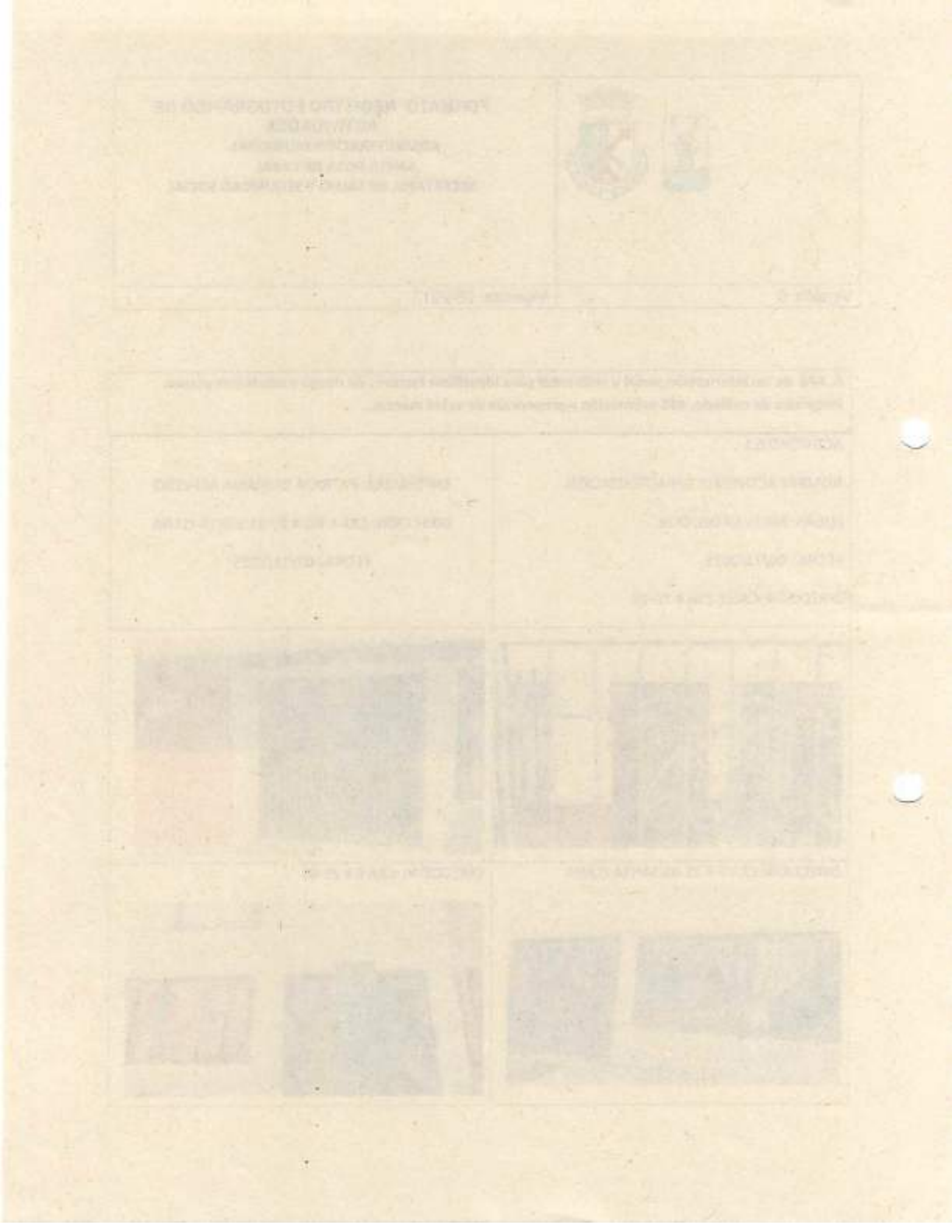
DIRECCIÓN: 3 # 8 -04



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

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

ACTIVIDAD 6.1 NOMBRE ACTIVIDAD: CARACTERIZACIÓN LUGAR: BULEVAR DEL CAFE FECHA: 06/11/2025 DIRECCIÓN: CALLE 23A # 7B-26	ENFERMERA: PATRICIA QUIRAMA ACEVEDO DIRECCIÓN: CRA 6 BIS # 25-81 SANTA ELENA FECHA : 07/11/2025
	
DIRECCIÓN: CRA 7 # 25-81 SANTA ELENA 	DIRECCIÓN: CRA 6 # 25-66 



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

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

ACTIVIDAD 6.1 NOMBRE ACTIVIDAD: CARACTERIZACIÓN LUGAR: SANTA ELENA FECHA: 07/11/2025 DIRECCIÓN: CRA 6B # 25-49	ENFERMERA: PATRICIA QUIRAMA ACEVEDO DIRECCIÓN: CRA 6C # 25-57
	
DIRECCIÓN: CALLE 26 # 6B 15 	DIRECCIÓN: CALLE 26 #6B-45 

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

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

ACTIVIDAD 6.1 NOMBRE ACTIVIDAD: CARACTERIZACIÓN LUGAR: SANTA ELENA FECHA: 07/11/2025 DIRECCIÓN: cra 6c # 25- 41	ENFERMERA: PATRICIA QUIRAMA ACEVEDO DIRECCIÓN: CRA 7ª # 25-70
	
DIRECCIÓN: CRA 7 # 25-54 	DIRECCIÓN: CRA 7 # 25-66 

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

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

ACTIVIDAD 6.1 NOMBRE ACTIVIDAD: CARACTERIZACIÓN LUGAR: SANTA ELENA FECHA: 07/11/2025 DIRECCIÓN: CALLE 7 # 25-38	ENFERMERA: PATRICIA QUIRAMA ACEVEDO DIRECCIÓN: CRA 7 # 25-26
	
DIRECCIÓN: CRA 7 # 25-43 	DIRECCIÓN: CRA 7 # 25 - 35 

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

DILIGENCIADO POR	Patricia Quirama Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4987785	LONGITUD	-7561763
NÚMERO MATRICULA:				

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 164	FAMILIA	4	COHORTE	B
FECHA VISITA	07-11-25				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	4				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Carrera 7 # 25-35
TELEFONO	3205270971
CORREO ELECTRONICO	

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)
Pedro	Pablo	Velasquez	Jurtado	M	66	
Edgar		Cardona	Monzalbe	M	70	
Sandra	Milena	Velasques	Cardona	F	35	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

1.Unión libre 2. Casada 3. Viuda 4. Separada o divorciada

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

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No. APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUANTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.M.D.R.	Gestante No. en meses	
Tipo	NUMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				SI/N O				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado	Discapacidad	Desarrollo precoz			
																					SI/NO	origen	cual	SI/NO	SI/NO N.A.	SI/NO	No. meses
	1159609	Maria	Mailu	Cardona	Monsalve	F	12-10-83	36	23	2	2	3	SI	3	D	0	NO	CON	SIS	SP	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Técnica o Tecnológica
4- Universidad
5- Posgrado 0- Ninguno

Actividad Última Hora
0 – En Actividad
1- Trabajando
2. Buscando Trabajo
3. Estudiando
4. Oficios en el Hogar
5. Rentista
6. Jubilado
7. Inválido

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

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

Por enfermedad, accidente o secuela de los mismos tiene alguna de las siguientes dificultades de Forma permanente
1- Caminar Total
2- Sistema Total
3- Mudez
4- Dificultad para escuchar aunque use algún aparato
5- Dificultad para hablar, vocalizar, comunicarse por cualquier medio
6- Dificultad para ver aún con ayuda o compensa
7- Dificultad para aprender o entender

Tipo de Discapacidad
1- Psicológica
2- Auditiva
3- Auditiva no Total
4- Intelectual
5- Visceral
6- Desconocido

Ha sido objeto a programas de rehabilitación de cualquier tipo 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 ✓
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, Eoenergía, 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 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 2 5 6 5

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

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

RESERVORIOS DE AGUA
1. Cuentos
2. Positivos ✓
3. Tanque bajo
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 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 ✓
Pólvora
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

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 SVNO
ROS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO
TOS									Caracol africano SVNO
INOS		AVES		PORCINOS					NO
OS		CUALES:							

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 se 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 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 siente nervioso o esta gritó 7. Dice que tiene mucho miedo	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 siente nervioso o esta gritó 7. Dice que tiene mucho miedo	Algun 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. Lo que antes le gustaba, ya no 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumenta o disminuido de peso 4. No duerme, duerme mucho o cambios sus sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Algun persona de la casa: 1. se ve deteriorada esa razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta lo pide de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, trasiste, cloma detalles 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Requiere intervención psicológica	Observaciones
1	Mama Naidu	NO	NO	1	NO	NO	NO	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Usa espacios comunitarios cerca de los ritos	Ocurrido en el último mes buscar atención médica. SI / NO	Ocurrido en el último mes buscar atención odontológica. SI / NO	Ocurrido 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 organizados en el barrio						
		1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Cancha comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento									1. ADULTO mayor	2. Asociación o Junta	3. Deportiva	4. Artesanía	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Hana raiv.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a alguna de estas redes de la Secretaría de Salud		Cual? Cuál?	Pertenencia étnica

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

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

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

3. GESTANTES

Version 13.
30042024

Pa	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado civil gestante	Escolaridad numero de años	Ocupacion personal	No. de convivientes	Asegurador (nombre de la EPS)	Consultorio (nombre)	Tercera Tríada		Antecedentes Quirúrgicos	G-P-T-A-E-V	Antecedentes Familiares						Antecedentes Personales	Examenes de laboratorio								
								Ta	Fc			1-HTA Crónica	2-Diabetes	3-Preclampsia	4-Obesidad pregestacional	5-Otros		Fecha ultimo citologico	Fecha ultimo parcial	Semanas de gestacion	Peso actual (kgs)	Peso ideal (kgs)	Talla (mts)	IMC= (Peso actual/talla x talla)	Tamizaje dx VIH	Hemoglobina electroforesis

Tipo de embarazo	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Ayuda diagnostica (Ultimo trimestre)									Examenes de laboratorio				
	Planificacion anticonceptiva	Intervencion preconcepcional	Historia Obstetrica						Tercera tríada		Glicemia en ayunas	Hemoglobina o hematocrito	Parcial de orina	Coprocultivo	Sedimento urinario	Nitrito	A.C.U.	Prueba de Coombs indirecta	Tipo sanguineo	Serologia	EF Sangre	VIH	Hemoglobina	Tamizaje dx VIH
			No. de gestaciones	Datos registrados		Cesareas		Abortos	Ta	Fc														
				Rivas	Montes	Rivas	Montes																	

Riesgos Asociados			Plan educativo realizado	Factores de riesgo					Prevencion factores de riesgo	Analisis						
Higiene	Ambiente Externo	Consumo		Deficiencia de soporte social (familiar o de la red de apoyo)	Disfuncionalidad en dinamica familiar (violencia intrafamiliar, maltrato)	Dificultades en el acceso a los servicios de salud	Necesidad insatisfecha de salud (dificultad en el acceso a los servicios de salud)	Barreras culturales		Consejeria Preconcepcional	Control Prenatal Oportuno	Salud Oral	Vacunacion	Citologia	Plan de Nutricion	Observaciones

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				Esquema completo y oportuno de VPH en los últimos 6 meses	Presencia de melanosis	Control de CYD	Número de veces que limpia la oreja de su bebé al día	Cuidador niños y niñas
		Gestacional 1a	Mitad	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 de 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	No. de Horas de Actividad Física semanal	Control de crecimiento y desarrollo 6 meses	No. vacunas al día	Uso agua potable	Aplicación de flúor barniz o sellantes	Control de Ortodoncia	Presencia de maloclusión	Nº Controles al año	Tipo de dieta consumida en la dieta diaria (1,2,3 o 4)					
		PESO (Kg)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de manera automática)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDITIVO LENGUAJE	PERSONO SOCIAL										1.Cereales, tubérculos, plátanos y plátanos	2.Frutas verduras y legumbres verdes	3.Carnes	4.Carnes rojas, huevos, leguminosas y frutos secos	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares

EXPERIMENTACION			Participación en organización del barrio o la vereda	Espacio hospitalario o dentro y SDA en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Practica dieta de lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Prevención de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Control C y D	Revisión Dinamica IPS	Inicio vitaminización IPS	Revisión Salud Bucal IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remite a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														C y D	Pregrado salud Rural	Otro ¿Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecinos 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro								1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada				

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

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(SI NO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de Horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organización dentro del barrio o la escuela	Cuidador del joven	Presencia de maltrato	Actividades extracurriculares actividades físicas, deportes	Uso del tiempo libre
			PESO (Kg)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)													

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

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

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje de violencias	Planificación Familiar	Consumo de sustancias en el último año	Citología vaginal	Examen de Próstata	Consejería adecuada en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUMO			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Debe tomarse en valoración de adultos)										Licor	N° Cigarrillos fuma al día	SPA	Consejo cesación

1. SI 2.No 3.No aplica

1. No planifica 2. Pastos 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Coitolegico 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 consumo

Prevención secundaria	Antecedentes familiares					CRONICOS						Tipo de manejo ocupacional en la dieta diaria S/(1-4-5)						Remisión a				
	1.DIABETES	2.HTA	3.CANCER	4.ERC	5.OTROS	1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Epilepsia	4.Enfermedad mental	5.VIH	Cáncer	1.Consejería para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas	2.Manejo integral para la cesación del consumo de tabaco	3.Pruebas	4.Asesoría en prevención, tratamiento y rehabilitación	5.Lúdicas	6.Charlas de estilos	Programa Joven	Programa Salud Sexual	Prevención violencia Intrafamiliar	Educación	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

TF	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistió a programa control crecimiento	Recuerda las preguntas las últimas 2 años	Consejería vacunas	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Fecha toma de medidas antropométricas	Consumo de				Posición social en mi hog		Promueve alimentación	Promueve no violencia	Invita semana cultura	Explica ley maltrato	Asiste a actividades en el mes cultura	Asistencia psicológica en tamizaje en el último año	Promueve en familia	Examen de laboratorio	Anotaciones
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Indice de masa corporal)		Licor	N° Cigarrillos fuma al día	Sal	Comida rápida	Gestante	Dominante									

1. Bimestral 2. Bimestral 3. Semestral 4. Ano

Antecedentes familiares					CIRUGIAS					Tipo de violencia asociada en la relación						Familia						
1.Ninguno	2.Hipertension	3.Diabetes	4.Cancer	5.Otros	Cirugia de	Fecha cirugia	Descripcion Cirugia	Entidad salud hospi	ERCE	1.Fisica	2.Sexual	3.Psicologica	4.Combinada	5.Ninguna	6.Otras	Integra una Asociacion	Integra una Junta Salud	Integra algun comite	Tiempo de vivir	Cigarrillo	Pluta de persona con y sintomatico	Otro

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

Version 13
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistió a consulta de promoción del anciano	Consumo de algún tipo de tabaco en los últimos 3 meses	Cirugía en los últimos 5 años	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Clasificación según la edad)	Fr. de Riesgo Cardiovascular (Diabetes, Hipertensión, Dislipidemia)	Consumo: Licor	Consumo: Nº Cigarrillos día	Consumo: Sólo	Consumo: Consumo ocasional	Pruebas de salud en el adulto: Glicemia	Pruebas de salud en el adulto: Colesterol	Medicamentos Adherentes	Hemoglobina glicosilada	Tendrías conocer Cáncer	Calificación de medicamentos	Asistió al odontólogo en el último año	Actividades sobre Hábitos de Vida Saludable en el último año	Planificación de la familia	Observación de la encuesta
	Mario Alvarado	NO	NO	NO	57	1.54		SI	NO	SI	NO	NO	100	70	82	90	90	NO	NO	NO	NO	1

Autocuidado en el adulto mayor	Maneja el medicamento	Actividades físicas: 1.Diaria	2.Fines semana	3.Cada semana	4.Cada mes	5.Cada año	CRONICAS: Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Enfermedad cardiovascular	Cáncer	Tipo de cáncer consultado en los últimos cinco años: 1.Cáncer de mama, próstata, estómago	2.Cáncer de pulmón, laringe, colon	3.Ninguno	4.Cáncer de piel, boca, testículo	5.Leucemia	6.Cáncer de seno y útero	Revisión: Prueba Antígeno Antígeno	Prueba Sangre Oculta	Prueba para el cáncer de próstata	Tomó la vacuna	Ejercicio físico	Recibe apoyo psicológico y emocional	Observaciones
SI	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	

POLO
PRADO

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

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

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

Municipio	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Santa Rosa.	Santa Elena	Cra 7 # 25-35	

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

Responsable 1: / Responsable 2:	Responsable 1: / Responsable 2:	Responsable 1: / Responsable 2:
Patricia Duarte Acevedo		

Nombre jefe del hogar	Nombre de quien recibe la visita	No. teléfono contacto
Jesús Pablo Vásquez Hurtado	María M. Cardona Mancilla.	3205270971.

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización social y ambiental en los entornos de vida cotidiana. con énfasis en el entorno vigente
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	no permite el ingreso a la vivienda	Usuaria no permite el ingreso a la vivienda con buena infraestructura el exterior, refiere contar con todos los servicios públicos, con buena disposición de los suros, refiere "Sentirse triste"	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	EPOC.	Usuaria con EPOC refiere en tratamiento en su EPS remitido a adulto mayor; uso, Salud oral, fisioterapia visual y cardiología. refiere en visitas de vida saludable.	A / M / B ✓	A / M / B	A / M / B

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

DILIGENCIADO POR:
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR:
Nombre y Apellidos
Profesión:

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

.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 163	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	07-11-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	2				
No. De Personas de la Familia	5				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Cra 7 #25-43.
TELEFONO	3122088670
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quintana Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87789	LONGITUD	-75.61761
NÚMERO MATRICULA:				

VISITAS REALIZADAS												
MES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
DIA											3	
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)
Alba Luc	Lucia	Cardona	Giraldo	F	64	
Juan	Javier	Giraldo	Cardona	M	35	
David	Alejandro	Cardona	Giraldo	M	28	
Geraldi	G	Giraldo	Cardona	F	31	

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. Viuda 4. Separado o divorciado

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

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.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 cual	Desmovilizado SI/NO	SI/NO	SI/NO	No. Meses
A	1007496 48	Angie	Carlos	Gutierrez	Gutierrez	F	20-10-2006	25	3	S	4	2	SI	11	4	0	NO	S	NUEVA	AM	SI	0	2	NA	NO	0

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

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Técnico o Tecnológico
4- Universidad
5- Posgrado 6 – Ninguno

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

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

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

Por enfermedad, accidente o vejez tiene alguna de las siguientes condiciones de Funcionamiento
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 o seguela acompañada
7- Dificultad para aprender o entender

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

Ha solicitado a programas de reincorporación de acuerdo a la desmovilización
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

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. Río Publico
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 — 4

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

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

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
ROS	0						NO		NO
TOS									Caracol africano SINO
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 le dice que se sirven para nada, que todo les queda mal, que son irresponsables? (SI, NO, NA)	¿Alguna persona de la casa castiga a otra o tiene relaciones sexuales, o que le besen en la boca o tocan sus partes intimas? (SI, NO, NA)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente triste 2. No se ríe 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Está muy enojada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperada 2. Siente que no se puede quedar quieta 3. Llora mucho 4. Se aleja de los otros 5. Come más de lo normal 6. Se enferma a cada gripa 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 salvajes 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 empieza 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 colerizada sin razón. 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo. 3. Ausencia 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, pega, insulta, clima delitos 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicología	Observaciones
1	Angie Milena Giraldo	NO	NO	NO	NO	NO	1	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	Una agresión cometida por parte de los niños	Consulta 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	Necesidad o consulta médica en el último mes. SI / NO	Necesidad o 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. Otros de esparcimiento									1. Adulto mayor	2. Artesano o Gestor	3. Deportivo	4. Vendedor	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Angie M. Giraldo	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a una red de apoyo social de la Secretaría de Salud		Cuál?	Fallecimiento en el programa

1. Nuclear
2. Monoparental
3. Extensa
4. Reconstruida
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 Docentes.
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 Pensión.
5. Ninguno

Version 13.
30042024

3. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual gestante	Nacionalidad en caso de extranjero	Asistencia control prenatal	No. de controles	Asistencia control puerperio	Consejería anticonceptiva	Tamizaje Sífilis		Inducción	DPT materno	Antecedentes médicos					Antecedentes quirúrgicos	Antecedentes ginecobstétricos									
								1a.	2a.			1. Ninguno	2. Diabetes	3. Hipertensión	4. Enfermedad renal	5. Otro		Fecha última menstruación	Fecha probable de parto	Semanas de gestación	Peso inicial (kg)	Peso actual (kg)	Talla (cm)	IMC (Índice de masa corporal)	Tamizaje anemia	Hemoclasificación

Vías de ingreso	ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS										Antecedentes relevantes para la vida (Niños menores)									Exámenes de laboratorio				
	Atención ginecológica	Consejería anticoncepción	Hijos vivos o fallecidos						Estado actual de los hijos		Gestaciones (embarazos)	Hijos nacidos vivos	Hijos nacidos muertos	Abortos espontáneos o inducidos	Bajo peso al nacer	Malformaciones congénitas	Vivos actualmente	Fecha último parto	Tipo parto	Sífilis	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis		
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesáreas		Abortos	Vivos	Muertos															
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																		

Medicamentos			Para qué se toma cada uno?	Barreras de adherencia					Persona de referencia del sistema	Pendientes						
Nombre	Dosis y frecuencia	Cantidad		Cantidad de pastillas mayor (mayor dosis x frecuencia x días de tratamiento)	Dificultades de tipo económico para comprar el medicamento (Si o No)	Dificultades de tipo físico, dificultad en la toma del medicamento	Dificultad (olvido) en la toma / Dificultad asociada a los días	Otro tipo de barrera identificada		Controles prenatales	Control Puerperio	Salud Bucal	Vacunación	Citología	Planificación	Otro tipo de pendiente

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				Signos de posible violencia o porna y EDA en los ultimos 6 meses	Presencia de maltrato	Control de C y D	Numero de veces que limpia la vivienda donde vive	Cuidado niños y niñas
		Gestacion	Lactancia	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL					

Tiempo en meses

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

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

0. INFANCIA - 6 A 11

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Consulta Primera vez por AIEPI	N. de horas de actividad física semanal	Consumo actual de cigarrillo	No. cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación flúor en consulta	Control de placa bacterial	Presencia de sarro/cálculo	Nº Consulta al año	Tipo de alimento consumido en la última visita (1-2-3)					
		PESO (Kg)	TALLA (cms)	IMC (Bien ubicado en el estado de nutrición)	NORMAL CIDAD GENERAL	NORMAL CIDAD PRIMARIA ADAPTA	AUTISMO INFANTIL	RETARDO MENTAL SOCIAL										1.Carne, huevo, pescado, leche y quesos	2.Arroz, arepas y legumbres secas	3.Frutas	4.Cereales, tubérculos, legumbres secas y	5.Lácteos	6.Otros cual y cuantos

EXPERIMENTACION			Participación en organización urbana de la comunidad	Egreso hospitalario por EDA en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Prácticas para lavado de manos antes de comer	Consulta niños y niñas	Presencia de Sobrepeso infantil	Acompañamiento a sus padres en actividades de algún interés	Control CyD	Realiza Ahorro en la IPS	Realiza Vigilancia en la IPS	Realiza Suplefortalecimiento en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL BPA														C y D	Programa educación salud	Otro / Cual	Observaciones
				1. Diarrea 2. Enfermedad 3. Asma			1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino / Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro									1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Baila				

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

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13
30042024

(BLANCO)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y los 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de Horas de actividad física semanal	N° Consumo de Cigarrillo al Día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organización o red del barrio o la vereda	Gustos del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a una madre en embarazo (SI/NO)	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Mete datos de peso y talla)													

1. No planifica 2. Pastia 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Condón 7. Oculto 8. Ovulos, tableta 9.Implante au ditrático 10. Esterilización 11. Otro

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

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

1.Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 6. Nada

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria Ej.(1-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Hortalizas y legumin osas verde	3.Fruta s	4.Carnes, huevos legumin osas secas y mezclas	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescentes	Programa Salud Sexual	Planificación Familiar	Citologia	Tamizacion Visual	Observaciones

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

Version 13
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

5505

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Asistencia de maestro	Planificación o Planificar	Control de planificación a los 6 meses	Citología vaginal	Examen de orientación	Control odontológico una vez al año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUMO			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Mala nutrición o actividad)										Licor	N° Cigarrillos día	SPA	Consulta Externa
1007447916	Angie Alejandra Giraldo	NO	47.	1.50		NO	Ox	NO	SI	—	SI	NO	—	0	SI	0	NO	SI
48																		

1. SI 2 No 3.No aplica

1. No planifica 2. Pastilla 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

Atención preferencial	Antecedentes familiares					Cronicas						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria (Lista)						Realiza				
	1.Diabetes	2.Hipertensión arterial	3.Cardiaca temprana	4.Cáncer	5.Ninguno	Obesidad	Hipertensión arterial	Dislipidemia	Enfermedad renal	EPOC	Cáncer	1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Leche y productos lácteos	3.Frutas	4.Verduras y hortalizas crudas y cocinadas	5.Leguminosas	6.Carnes y huevos	Programa de Actividad Física	Programa de Salud Bucal	Planificación familiar y preconcepcional	Citología	Observaciones
120/70	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	✓	✓	✓	NO	

Lunes cita 10 MV Dra Manuela
7:40 Am

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programas control del adulto	Asesoria sin inasistencia 3 años	Consejeria regular	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. de horas de servicios de salud ambulatorios	Consumo				Prueba rapida en salud		Fisioterapia aplicada	Numero de cedula	Jornada vacunacion mayores	Refuerzo de vacunacion	Asesoria de enfermeria 0 a 5 años	Asesoria planificacion hombres en el climaterio	Reunion en hombres	Examen de testiculo	
					PESO (Kg)	TALLA (CMS)	IMC (Cada campo se calcula de manera automatica)		LIPER	N. Cigarrillos dia	SIFA	Consumo Alcohol	Glucosa	Colesterol									

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

Inmunogenos	Antecedentes familiares					CANCER					Tipo de tamizaje realizado en la detección						Pruebas						
	1.CACU tes	2.Hiperten sion	3.Cardio vascul	4.Diabe tes	5.Otros	Cancer de	Hipertro fia	Cancer de	Sindrom e sobre carga	ERC	1.Tacto rectal, rotacio, cito y prostata de	2.Hemo oculto y Higado mama cervix	3.Prueba	4.Cam pimetria Hemoglo bina y Glicemia	5.Lipido gra	6.Otros cual y cuales	Inmuno 4 anos	Prueba rapida Salud Bucal	Reunion sesiones Planeta r	Tamizaje de Visual	Citolo gia	Ecos de cuello y mamario convenio	Otros

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 consulta de control del adulto	Examen de orina en los últimos 2 años	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			No. de horas de actividad física semanal	Consumo				Psicoactividad en la familia		Dentro del perímetro	Perímetro de cintura	Incluir alimentos saludables	Gestante de alto riesgo	Asistió al odontólogo en el último año	Actividad física en el último año	Diagnóstico de Hipertensión	Examen de Triglicéridos
					PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Peso en kilos sobre talla en metros al cuadrado)		Licor	Tabaco (cantidad)	Droga	Cuanto a diario	Violencia	Drogadicción								

Autocuidado y uso de condón	Medicamentos	Antecedentes familiares					CIE10 DX1					Tipo de alimento consumido en el día a día						Revisión							
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer de cérvix	4.Cáncer de seno	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad renal	EPOC	1.Comida rápida, comida chatarra y gaseosas	2.Bajo en vegetales, frutas y cereales integrales	3.Frutas	4.Comida con bastantes grasas saturadas	5.Licor	6.Comida con sal y azúcar	Pregrama AGUDO Mayor	Pregrama crónicos Edad	Plantilla completa Completa	Vacunas al día Visual	Citología Qué	Riesgo CV para mujeres y hombres (colesterol)	Observaciones

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

Version 13.
30012024

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

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

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/04/2024

Municipio	Barrio o Vereda	Dirección	Ficha familiar No.
Santa Rosa -	Santa Elena.	Cra 7 # 25-43	

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	7	11	2023	V2				V3			

Responsable 1: Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:	Responsable 1: Responsable 2:
Patricia Quintana Acevedo		

Nombre del Jefe del Hogar:	A cargo de quien recibe la visita:	Nº telefono contacto
Alba Lucia Cardona Giraldo	Angie Melany Giraldo Cardona	3122088670

VISITA No	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización social y ambiental en los entornos de vida cotidiana haciendo énfasis 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	No permite el ingreso a la vivienda	Usuaria no permite el ingreso a la vivienda, se observa inconveniente extorno en buenas condiciones generales refiere contar con todos los servicios públicos, buena disposición de basuras.	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	Sana.	Refiere sentirse bien, no tener enfermedades de base, antecedentes familiares de colesterol, remito al programa de juventud a salud bucal y UPF, Edad en cólicos solubles.	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.	

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2028 162.	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	
DIRECCION	Cra 7 #25-26 ✓
TELEFONO	3206532024.
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quirama Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.8777°	LONGITUD	-75.61763
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)
Aliyer.		Lasso	Arcia.	M	48 años	
Angie.	Paola	Lasso	Gomez.	F	19	
Dyanny	Sofia.	Lasso	Gomez.	F	11.	

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.Persona servicio domestico/cuidador

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUANTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL				P.P.M.D.R	Gestante No. en meses	
tipo	NUMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M/F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado	Discapacidad		Desarrollo			
																					SI/NO	cual	tipo	SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
CC	65707798	Yoldy	Liliana	Gómez	—	F	19-1-82	42	3	1	2	1	Si	5	4	0	NO	S	ARS	NA	SI					NA	NO	0

Tipo de Documento
C - Cedula de Ciudadanía
T - Cedula de Extranjeria
P - Pasaporte
R - Registro Civil
TI - Tarjeta de Identidad
NI - No Tiene

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Tecnico o Tecnologo
4- Universidad
5- Ninguno 0 - Ninguno

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

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 incapacidad 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 de otra persona
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 asistido a programas de salud (Gestión de enfermedades discapacidad)
1 - Si
2 - No
3 - No aplica

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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

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

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

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

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

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

UBICACION 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. Pila Publica
7. Carro tanque
8. Aguatero
9. Donación

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

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

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

Estado del piso
bueno ✓
malo

MATERIAL PREDOMINANTE EN TECHO
1. 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, Carton, 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

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 ✓
Abono
Agroindustrial
Gasolina o Inflamable
Plaguicidas
Adecuado

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

Version 13
30042024

. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedore SI/NO
ROS							No		No
TOS	2		2	2.	2				
									Caracol africano SI/NO
INOS		AVES	1 loro	PORCINOS	0				No
IOS	1 pato	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, o que le hacen tocar partes íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperada 2. Llora mucho 3. Ha subido de peso 4. Ha subido 5. Come más de lo normal 6. Está muy alterada 7. Está exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperada 2. Siente que no se puede quedar quieta 3. Llora mucho 4. Se siega de los otros 5. Come más de lo normal 6. Da un momento a otra grita 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Alguna persona de la casa: 1. Ya no quiere hacer nada 2. Aumento o disminución de peso 3. Se duerme, duerme mucho o cambios con sueño 4. Siente que no sirve para nada 5. Problemas de concentración 6. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. se ve deteriorada sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo 3. Abandona de actividades por estar permanente licor u otras drogas 4. se gasta la plata en otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, tiene delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remite a valoración psicológica	Observaciones
1	Leidy L. Gomez.	NO	NO.	NO	4.	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	Los espacios comunitarios por parte de los niños	Consultó en el último mes buena atención médica SI / NO	Capacitado en el último mes buena atención odontológica SI / NO	Consultó en el último mes buena 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. Cancha (escribir)	3. Iglesia	4. Otros de recreación									1. Ninguno	2. Asistencia Técnica	3. Deportivo	4. Pandorga	5. Sociológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Leidy L. Gomez.	X	X	SI	parque	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	X	X	X	X	X	X	X	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

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. Persona sola

1. Ampliación de inmunizaciones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Rural.
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. Otra
17. Dirección local de Salud.

1. Red UNIDOS
2. Familias en Acción
3. Juntas de Acción Comunal.
4. Modelo Paralelo.
5. Ninguno

Version 13
30042024

3. GESTANTES

No.	Nombres y Apellidos	Estado actual gestante	Resultado final de modo del embarazo	Asistencia preconcepcional	Nro. de asistencias	Asistencia educación grupal/individual	Consejería anticonceptiva	Toxoide Tetánico 1a.	Toxoide Tetánico 2a.	Hemoclasificación	CAPT materno	Intervenciones familiares: 1. PETA Cotidiana	2. Alimentación	3. Educación grupal	4. Educación con resultados	5. Otras	Acompañamiento Psicosocial	Embarazo actual: Fecha última menstruación	Fecha probable parto	Semanas de gestación	Peso anterior (kgs)	Peso actual (kgs)	Talla (cms)	IMC (Kg/m2) (Peso actual en kilogramos / talla en metros al cuadrado)	Valoración nutricional	Necesidades nutricionales

Tipo de identificación	Antecedentes obstétricos: Antecedentes ginecológicos	Antecedentes perinatales	Historia Obstétrica: No. de gestaciones	Partos registrados: Vivos	Partos registrados: Muertos	Cesáreas: Vivos	Cesáreas: Muertos	Abortos	Estado actual de los hijos: Vivos	Estado actual de los hijos: Muertos	Asesoramiento en salud sexual y reproductiva: Métodos anticonceptivos	Implantación mensual	Inyectables mensuales	Píldoras anticonceptivas mensuales	Anticonceptivos orales	Métodos naturales	E.C.O.G.	Prueba citología parto	Tipo parto	Exámenes de laboratorio: Hemoglobina	PTA/ELISA	Uro	Hemoglobina Bt	Toxoplasmosis IgG

Historia: Número	Archivo Físico	Carátula	Plan de cuidados familiar?	Motivos de Ingreso: Solicitud de la salud (embarazo o no embarazo)	Diagnóstico de salud (embarazo o no embarazo)	Demanda de bienes o cuidados de salud materna	Medicación (ordenada en la casa o Medicina empleada de los días	Otros de control preventivo	Observaciones de seguimiento de gestante	Novedades: Control Prenatal	Control Puerperio/Crecimiento	Signos de Alarma	Vacunación	Citología	Planificación	Interconsultas

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				Egreso hospitalario o urgencias y EDA en los últimos 6 meses	Presencia de maltrato	Control de CyD	Número de veces que se le aplica la ficha de esta hoja de 30 días	Cuidado materno y otras
		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				Canalizado programa Unidos JUNTOS	N. de Horas de actividad física semana	Consumo de cigarrillo o cualquier derivado	NO espiritismo ni otro	Uso seno familiar	Aplicación vacunas esquema completo	Consulta crecimiento y desarrollo	Presencia ambiente escolar	N° Consultas urgencias	Tipo de riesgo encontrado en la ficha Ficha B (1-4-8)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Mas comun es el indice de masa)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTATIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										Y Cara, boca, cabeza, cuello y orden	Sobre peso y lagunas mayor	3 Pirexia	4 Caries, Incisivos, lagunas mayor	5 Anemia	Alguna otra

EXPERIMENTACION			Permiso en el organismo del centro de la escuela	Ingreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitado en el último año	Practica sobre lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Control C y D	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remite a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														C y D	Programa vida saludable	Otro? Cual	Observaciones
			1. Silencio 2. Emociones 3. Nada				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino o Amiga 4. Hogar Infantil o comedor 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	Metodo de Planificación	Esquema de vacunación completo	N° de horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al Dia	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo en exceso diario	Planificación y/o en embarazo en los del periodo escolar	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompañado a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Para campo en tabla de excel)													

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condón 8. Ovulos, lácteos 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 (1-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Huevos y legumin osas verde	3.Frutas	4.Carnes, nuevas legumin osas secas y mezclas	5.Leche os	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Cirugia	Tamizaje Visual	Observaciones

HICHA 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			Consejería en materia	Planificación y Fertilidad	Control de planificación en el último año	Citología vigente	Examen de próstata	Control psicológico anual el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUMO			
			PESO (KGS)	TALLA (CMS)	IMC (Este campo se calcula automáticamente)										Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Consulta Urgencia

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. . Implanta subdérmico 10. Emergencia 11. Otros

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

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

Procedencia	Antecedentes familiares					CRONICO						Tipo de vinculo normalizado en la entidad B (1 a 6)						Destino				
	1.Diabetes	2.Hipertensión arterial	3.Cardiaca (infarto)	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión arterial	Diabetes gestacional	Enfermedad renal crónica	EPOC	Cáncer	1.Contributivo (cotizante, beneficiario, adicional o pensionado)	2.Vinculado (pago por servicios y otros)	3.Pruebas	4.Otros (Especiales, Excepciones, Autos y Mipres)	5.Subsidiado	6.Otros (Migrantes y Otros)	Programa Crecimiento y Desarrollo	Programa Salud Sexual y Reproductiva	Planificación familiar anticonceptivos	Odontología	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

N°	HOMBRES Y APELLIDOS	Asesoría anticoncepción	Examen de citología	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (KILOS)	TALLA (METROS)	IMC (Solo cuando se solicita)	Valoración riesgo cardiovascular	Consumo de: Licor	Fuma actualmente cigarrillo	EPA	Consumo de alcohol	Presión arterial sentado: Sistólica	Diastólica	Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Anemia: síntomas	Síntomas ITS	Abuso sexual o violencia	Asistencia odontológica	Inscripción en familias	Examen de laboratorio	Actividades
65797978	Liliana Gomez	Si	—	Si		1.57		no	no	no	no	Si	120	80	92	102		no	no	Si	1ra vez	—	Si

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

Inmunización	Antecedentes familiares: 1.Cáncer seno	2.Cáncer próstata	3.Cáncer colon	4.Cáncer gástrico	5.Cáncer piel	CRONICAS: Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad mental	EPOC	Tipo de alimento consumido en la última diada: 1.Carnes, huevos, lácteos y pollo	2.Arroz, pastas y harinas	3.Frutas	4.Cereales, leguminosas, tubérculos y plátanos	5.Lácteos	6.Grasas y azúcares	Ayudas: Lingüística Auditiva	Prótesis visual	Prótesis Auditiva	Talleres de Visitas	Grupos	Ruta de promoción y mantenimiento	Observ
no	✓	no	no	no	no	✓	no	no	no	no	Si	Si	Si	Si	Si	no	no	Si	no	Si	no		

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 programas comunitarios	Examen de próstata con tacto rectal y PSA	Clasificación riesgo	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			N. de horas de actividad Física semanal	Consumo				Psicoactivos		Perímetro abdominal	Hemoglobina glicosilada	Insulina control	Solicitud de medicamentos	Asesoría en alimentación y nutrición	Acompañamiento psicosocial en el ciclo vital	Planificación	Elección de tratamiento
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Debe aparecer en la valoración de nutrición)		Licor	No. cigarrillos día	SPA	Consulta urgencias	Nombre	Dosis								

Asistencia a ciclo vida	Asesoría	Actividades Familiares					CIRUGIAS					Tipo de riesgo encontrado en la visita						Remisión							
		1.Dirigidas	2.Visita familiar	3.Cuidado	4.Cuidador	5.Otra	Digital	Urgencia	Obstétrica	Extramural	Ninguna	1.Caída, riesgo caída y/o violencia	2.Salud oral y factores asociados	3.Pirexia	4.Cáncer, sospecha, tamizaje	5.Lactancia	6.Ninguna	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Mental	Paciente Gestante Puerperio	Terapias Virtuales	Urgencias	Ruta de promoción y mantenimiento	Remisiones

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	cra 7 25-26-	

	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:	N° telefono contacto
Nuyer Isaza Arcos.	Leidy Liliana Gómez	3206532021

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterizacion social y ambiental en los entornos de vida cotidiana en espacios en el entorno hogar.
V2	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:
V3	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR:

CUIDADO FAMILIAR

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

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuaria no permite el Ingreso a la Vivienda	Usuaria no permite el ingreso a la vivienda. Se observa infraestructura adecuada, cuenta con todos los servicios publicos, con buena disposición de basura refiere que de ahi para allá los otros	A M B ✓	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Dm.	Usuaria refiere tener Dm en Ftto en su eps., remito al programa de Salud Bucal y tamizaje visual. Cobro en visitas saludables.	A M ✓	A M B	A M B

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

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 Eleus	

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2087 141	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	07-11-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	5				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Cll 7 #25-38 ✓
TELEFONO	3107661621
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Olivares Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87789	LONGITUD	-75.6176
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)
Yurani		Tapiero	Almano	F	36	
Sofia		AGudelo	Tapiero	F	19	
Ema		Restrepo	Tapiero	F	6 años	
Cristian		Restrepo	Alzate	M	30	

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/cuidandero 17.Pariente servicio domestico/cuidan

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

IDENTIFICACIÓN		HOMBRE 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.A.D.R.	Gestante No. de meses	
Tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI/N o				SI/NO	Tipo	EPS		Discapacidad	Desplazado	Desmovilizado		SI/NO NA	SI/NO	No. Meses
CC	40753931	Normanda		Alvarez	Alvarado	F	27-07-56	103	A	4	1	5	SI	S	D	0	NO	C	A5	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

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

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

Nivel Educativo
1- Primaria
2- Secundaria
3- Tecnica o Tecnologia
4- Universidad
5- Ninguno / 0- Ninguno

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

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

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

Por enfermedad, accidente o vejez le impide o limita hacer alguna de las siguientes cosas de forma permanente
1- Caminar Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para entender o aprender por el resto
5- Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañía
6- Dificultad para aprender o entender

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

Se está Ud. o algún miembro de su hogar en alguno de los siguientes programas de salud: Marque con una X la casilla correspondiente
1 – SI
2 – No
3 – No aplica

HICHA 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, Eloenergía, 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 Bajomer	
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.Ria 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

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

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

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

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

MATERIAL PREDOMINANTE EN TECHO	
1. Deshechos	
2. Paja o Palma.	
3. Teja de barro, Zinc, Plástico, 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 rio, caño, quebrada, laguna	
6.La eliminan de otra forma	

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

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

ALMACENAMIENTO DE QUÍMICOS EN LA VIVIENDA			
Detergente	✓	Gasolina o Inflamable	
Nitivora		Reguicidas	
Agroindustrial		Adecuado	✓

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

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

Version 13.
30042024

. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedore SI/NO
ROS									NO
ros	2	1	SI	SI	SI	SI	NO		Caracol africano SI/NO
INOS		AVES		PORCINOS					NO
ICOS		CUALES:							

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa le dice que le sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, N/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen o la besen o tocar sus partes intimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por celos él es: 1. Se siente triste 2. No se ríen 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 celos ella: 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. Da un manotazo 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 amargos 4. Delira 5. Habla cosas inadecuadas	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 mediana 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 va deteriorado sin razón 2. Tiene mucho licor u otras drogas no para llevar. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. No gusta la plata de otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, gasta, insulta, clama delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicología	Observaciones
1	Flor maria Almario.	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

1 de 18 años llena

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

n.	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Si relaciona con sus vecinos. SI / NO	Usa espacios comunitarios por parte de los niños	Consideró en el último mes tener atención médica. SI / NO	Consideró en el último mes tener atención odontológica. SI / NO	Consideró en el último mes tener atención psicológica SI / NO	Ha acudido a consulta médica en el último mes SI / NO	Ha acudido a consulta odontológica en el último mes SI / NO	Participa en grupos o agrupaciones del barrio							
		1. CPL Centro o Puesto de Salud	2. Puesta comunal	3. Iglesia	4. Otros de especificar									1. Adulto mayor	2. Actividades físicas	3. Grupos	4. Veredales	5. Ecológicos	6. Juveni	7. Otro	Cual
1	Flor Maria Almario	NO	NO	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	SI	NO	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		Cual	Pertenece al programa

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

1. Ampliado de Invencibles.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Bucal.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Gotitas.
8. ECS o Recreando.
9. RBC 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 Paralítica.
5. Ninguno

Version 13.
30012024

3. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado civil (Marcar)	Fecha probable del parto de la gestante	Semanas de gestación actuales	No. de controles	Asistió a controles prenatales (Si/No)	Consejería anticonceptiva	Tamizaje Tuberculosis		Hb/Hto	VDRL	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Examen oral								
								Rx	BK			1. Artritis Crónica	2. Diabetes	3. Hipertensión arterial	4. Cáncer de mama/útero	5. Otros		Cuenta con cepillo y crema dental (Si/No)	Fuente de flúor de uso casero	Sangrado de encías	Placa dentobacterial (Sí/No)	Caries activa (Si/No)	Trauma oral	CPO-D (Cifra que representa el número de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados)	Tratamiento pulpar	Abscesos/pérdida dentaria

Fecha de ingreso	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Antecedentes ginecológicos (3 últimos años)									Exámenes de laboratorio				
	Consejería preconcepcional	Suplementación preconcepcional	Historia Obstétrica						Estado actual de la gestación		Citología cervical	Inspección visual cuello uterino	Mamografía	Ecografía ginecológica	Colposcopia	Metodo anticonceptivo	P.C.T.I.V.	Asesoría para el parto	Lugar parto	Sífilis	VIH	Hepatitis B	Hepatitis C	Tricomoniasis
			No. de gestación	Partos vaginales		Cesáreas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Riesgo			Riesgo social identificado?	Riesgo de la vivienda					Observaciones adicionales del examen clínico	Pacientes						
Número	Apellido Familiar	Gestante		Tiene todos los servicios básicos (energía, agua, alcantarillado, gas natural)	Organización de la vivienda (Hacinamiento, ventilación, iluminación, condiciones de seguridad)	Tenencia de la vivienda (propia, arriendo, familiar, usufructo)	Vivienda ubicada en la zona rural o fuera de la zona urbana	Cercanía de centros asistenciales		Control Prenatal	Control Puerperio/Planificación	Salud Oral	Nutrición	Citología	Psicoprofilaxis	Odontología

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				Control de crecimiento y desarrollo				
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cms)			MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL Y SOCIAL	Ingreso hospitalario a UCI neonatal y UCIA en los ultimos 6 meses	Presencia de maltrato		Número de veces que limpia la encia de su bebe al dia	Cuidador niños y niñas

Tiempo en meses

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

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

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

Version 13.
30042024

0. INFANCIA - 6 A 11

Fe.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				El menor presenta algún signo de peligro	N. de veces que el menor se enfermó	Control odontológico en los últimos 6 meses	Vacunación al día	Usa ayuda especial	Afiliación de Niño a Régimen Subsidiado	Control de placa x mes	Frecuencia de cepillado	N° Comidas al día	Tipo de alimento consumido en la última semana (SI/NO)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Peso dividido en estatura al cuadrado)	MEDICIDAD (GRUPO A	AGUDEZA VISUAL Y AGUDEZA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Carnes, huevos, cereales, arroz y plátano	2.Frutas y legumbres verduras	3.Lácteos	4.Comidas rápidas, gaseosas y	5.Jugos	6.Otros no y dulces

EXPERIMENTACION			Participación en organización comunidad dentro o fuera escuela	Examen hospitalario por BRA y ECDA en los últimos 6 meses	Diagnostico en el último año	Practica clave lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Ayudan a sus padres en actividades de tipo laboral	Control y D	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Suplem Periodo en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														C V D	Programa de Salud Bucal	Otros / Cual	Observaciones
				1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca			1. Padres 2. Otro Familia 3. Vecino o Amigo 4. Hogar Infantil o comunitario 5. Otro									1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada				

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

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

Version 13.
30042024

(pi so)

N°	HOMBRES 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	Percepción de un crecimiento normal del cuerpo o la cabeza	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompañamiento a una persona en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este siempre se calcula de automa													

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgico 7. Condon 8. Ovulos, tabletas Anticoncepcionales de dómico 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 cepillado al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Consumo de pilsen en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria SI (1-4-5)						Remitir a					
					1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Hortalizas y leguminosas verde	3.Frutas	4.Carnes, huevos leguminosas secas y mezclas	5.Leche	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Sexual	Planificación Familia	Cirugia	Tamizaje Visual	Observaciones

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Consulta de medicina	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kg)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula automáticamente)										Licor	N° Cigarrillos al día	SPA	Consulta Obstetra

1. SI 2.No 3.No aplica

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

Procedencia personal	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de síntoma consultado en la última visita (CIE-10)						Ayudas				
	1. Diabetes	2. Hipertensión arterial	3. Cáncer mama	4. Cáncer ovario	5. Cáncer próstata	1. Diabetes	2. Hipertensión arterial	3. Cáncer	4. Enfermedad mental	5. VIH	6. Otra	1. Control de crecimiento y desarrollo	2. Control de hipertensión arterial	3. Control de diabetes	4. Control de planificación familiar	5. Control prenatal	6. Consulta por morbilidad	Peso para la talla	Peso para la edad	Talla para la edad	Glicemia	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	Enseñan en programas en los menores 2 años	CRONICO vigente	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje de riesgo cardiovascular	Consumo				Percepción alteración emocional		Pertenece a programa	Participa de tertulias	Estado civil actual	Acceso a alcantarillado o pozo séptico	Relaciones familiares en el territorio en el último año	Prestheus en territorio	Canales de participación	Observaciones
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Peso sobre talla al cuadrado)		Licor	N° Cigarrillos/día	Sifa	Consumo actual	Depresión	Ansiedad								

1.Mensual 2.Bimensual 3.Trimestral 4.Otro

Micronutrientes	Atendido hoy en:					DIAGNOSTICOS					Tipo de tamizaje realizado en la visita actual						Destino						
	1.Consulta	2.Vacunación	3.Odontología	4.Otros	5.Ninguno	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad renal	Otros	1.Consulta para detección temprana de alteraciones del desarrollo	2.Consulta para seguimiento a alteraciones del desarrollo	3.Frotis	4.Citología	5.Examen de mama	6.Otros	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Programa materno perinatal	Vacunación	Consulta	Ruta de promoción y mantenimiento	Otro

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

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Asistencia a programas comunitarios	Consumo de psicoactivos	Citología vaginal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Consulta de				Presión arterial en mmHg		Perímetro abdominal	Perímetro de muñeca	Índice cintura cadera	Signos de maltrato	Asistió al odontólogo en el último año	Actividades preventivas en el último año	Plan familiar de tratamiento	Gestión de resultados
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (CASO CONTRARIO DE REMITE A NUTRICIONISTA)	N. de horas de actividad física semanal	Leer	La Cigarrillo Diario	EPA	Consulta de urgencias	Sistólica	Diastólica								
	Ana María Alvaro	SI	NO	NO	62.3	1.46		0	NO	NO	NO	SI	100	70	107	107	101	NO	NO	NO	NO	—

Autocuidado	Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de diagnóstico encontrado en la visita						Gestión						
		1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer	4.Otro	5.Otro	Diabetes	Hipertensión	Obesidad	Enfermedad renal	EPOC	1.Caries (dolor, pérdida de tejido)	2.Enfermedad periodontal (sangrado, inflamación)	3.Fractura	4.Cáncer oral (bucal, lengua, labios)	5.Lesión	6.Otro (especificar)	Riesgo de Adulto Mayor	Riesgo de Salud Bucal	Plan de Gestión Familiar	Tamizaje Visual	Cierre	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

1	ENFERMEDAD CORONARIA	☐
2	ENFERMEDAD RESPIRATORIA	☐
3	HOMICIDIO	☐
4	SUICIDIO	☐
5	ACCIDENTE DE 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 2
30/04/2024

Municipio: Santa Rosa.	Barrio o Vereda: Santa Elena	Dirección: Clle 7. #25-38							Ficha Familiar No:		
V1	DIA: 7	MES: 11	AÑO: 2023	V2	DIA	MES	AÑO	V3	DIA	MES	AÑO
Responsable 1: Patricia Quintana Acevedo Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:			
Nombre del Jefe del Hogar: Floralma / Cristian Restrepo Alzate		Nombre de quien recibe la visita: Flor María Alvarez Hurtado							N° telefono contacto: 3107661621		

VISITA No.	OBSERVACIONES
V1	ANALISIS Y EVOLUCION FAMILIAR: Se realiza visita de caracterización social y ambiental en las enfermas 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	Usuaria no permite el ingreso a la vivienda.	Usuaria no permite el ingreso a la vivienda. Refiere contar con todos los servicios públicos, buena disposición de Basuras; Refiere sentirse muy triste realiza actividad física.	A M B ✓	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	HTA Dislipidemia	Refiere no tener antecedentes familiares. Esta en Tto de HTA y dislipidemia, en su tps: Colveo en tabletas sublingual e ingiriendo	A M B ✓	A M B	A M B

N°	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

Version 13.
30042024

1. IDENTIFICACION

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

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 160	FAMILIA	1	COHORTE	6
FECHA VISITA	07-11-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	2				
No. De Personas de la Familia	6				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Cra 7 #25-66
TELEFONO	3218948145
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Alumnus Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87807	LONGITUD	-75.6177.
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

2. PERSONAS AUSENTES

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	SEXO – (M/F)	EDAD Unidad (días / meses / años)	ESTADO – (Activo/Inactivo)
Marleny		Ospina	toro	F	52	
Karen	Dahianna (Adriana)	Giraldo	Ceballos	F	30	
Valeria	Dahianna	Giraldo	Ceballos	F	18	
Brayan	Steven	Giraldo	Ceballos	M	15	
Maria	Jimena	Giraldo	Ceballos	F	14	

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. Cónyuges 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/cuidador

IDENTIFICACION		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIEMIENTO	EDAD Y UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER O	No APROBADOS	OCUPACION	¿CUANTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACION		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL			P.P.S.D.R.	Gestante No. en meses	
Tipo	NUMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	NIP		No.	U								SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado	Discapacidad	Desmovilizado	SI/NO	SI/NO	No. Meses
		Luz	Adriana	Ceballos	Giraldo																					
CC	1093211737	Luz	Adriana	Ceballos	Osorio	F	1-9-89	36	3	S	3	1	SI	3	4	0	NO	S.	ST	NR	NO	O	NO	NO	NO	NO	O

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

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

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

ETNIA
1. Ninguna
2. Indigena
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 lesión tiene alguna de las siguientes condiciones de forma permanente
1- Ceguera Total
2- Sordera Total
3- Mudez
4- Dificultad para moverse o caminar por sí mismo
5- Dificultad para bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo
6- Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañía
7- Dificultad para aprender, recordar

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

Se adhiere a programas de salud atención domiciliaria o en el sitio de la capacidad
1 – Si
2 – No
3 – No aplica

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

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

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

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

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

UBICACION 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. 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

MATERIAL PREDOMINANTE EN PISO
1. Alfombra o Tapete
2. Mármol, Parquet, 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

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

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

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

OTROS DATOS ADICIONALES

Actividad lucrativa dentro de la vivienda: SI

Nombre de la actividad:

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
ROS	0						NO
TOS	0						
INOS	0	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 le dice que no sirve para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, H/A)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que lo besen en la boca o tocar sus partes íntimas? (SI, NO, H/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperada 2. Llora mucho 3. Llora mucho 4. No come 5. Come más de lo normal 6. Se aisla de los otros 7. Habla exageradamente feliz	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperada 2. Siente que se va a quedar sola 3. Llora mucho 4. Se aisla de los otros 5. Come más de lo normal 6. Se aisla de los otros 7. Dice que tiene mucho miedo	Alguna persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otras no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Habla cosas incoherentes	Algun persona de la casa: 1. Lo que antes le gustaba, ya no. 2. Ya no quiere hacer nada 3. Ausencia o disminución de pena 4. No duerme, duerme mucho o cualquier 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 ha deteriorado sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo. 3. Abandona 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 peleas 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remitir a intervención psicológica	Observaciones
1	Luz A. Caballero	NO	NO	NO	2	NO	NO	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la vacunación del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con las vecinas. SI / NO	Las mujeres comentan sus penas de los niños	Considera que el barrio es buena alternativa relativo. SI / NO	Considera que el abuso es buena alternativa odontológica. SI / NO	Considera que el Barrio es buena medida psicológica. SI / NO	Se asiste a consulta medica en el último mes. SI / NO	Se asiste 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. Junta Hogar	2. Actividades Fiesta	3. Grupos	4. Vendedor	5. Ecológico	6. Jornal	7. otro	Cual
1	Luz A. Caballos	No	No	No	Si	No	No	No	Si	No	No	Si	No	No	No	No	No	No	No	No	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de vivienda	Pertenencia a la red de apoyo social de la Secretaría de Salud		Otro ¿Cual?	Pertenencia al programa

1. Madera
2. Monoparental
3. Cabaña
4. Recibo Mixto
5. Persona sola

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

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

3. GESTANTES

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual gestante	Planificación al momento del embarazo	Asistencia control prenatal	Nro. de controles	Asistencia control prenatal odontológico	Consulta odontológica	Vacunación Td		Influenza	DPT materna	Antecedentes familiares					Antecedentes Psicosociales	Riesgo actual								
								No	Si			1. DIVA Crónica	2.Diabetes	3.Hipertensión	4.Cáncer de mama/ovario	5.Otros		Perdida de la gestación previa	Parto pretérmino previo	Sangrados en gestaciones	Peso materno (Kgs)	Talla materna	Talla (cms)	IMC (Kg/m2) (Para calcular el IMC se requiere peso y talla materna)	Tamizaje mental	Valoración de riesgos

Tipo de aborto	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Examenes de laboratorio									Externos de laboratorio				
	Nro. de embarazos	Nro. de hijos vivos	Riesgo Gestacional					Riesgo actual de los hijos			Glicemia en ayunas	Hemoglobina glicosilada	Hemograma	Parcial de orina	Toxoplasma IgG	Toxoplasma IgM	V.D.R.L.	Resultado Citología	Toma citología	Grupo Sanguíneo	RH	VIH	Hemoglobina G6	Tamizaje Hipotiroidismo
			Nro. de gestaciones	Partos registrados		Cesareas		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Alcoholismo			Riesgo de violencia						Remisión a otros programas	Remisión a otros servicios							
Hogar	Amigos cercanos	Consumo	Riesgo de violencia?	Cambios de ánimo (depresión, ansiedad, irritabilidad, aislamiento)	Disminución de la interacción con familia, amigos o actividades que disfrutaba	Sentimientos de tristeza, desesperanza, culpa o pensamientos suicidas	Hospitalización (actual o en los casos anteriores) Indicando motivo y diagnóstico de egreso	Otro tipo de violencia identificada			Odontología	Control Planificación Familiar	Salud Mental	Vacunación	Citología	Planificación Familiar	Otro cual?

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 LACTANCIA MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Egreso hospitalario y permanencia en los últimos 6 meses	Prematuro	Control de CyD	Número de veces que limpia la cavidad oral en el día	Cuidado niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cm)			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 prioritaria cumplida	N. de Atenciones de Higiene oral realizadas	Control odontológico en el último año	Uso actual de pipa	Uso actual de cigarrillo	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Diagnóstico de maloclusión	N° Consultas en el año	Tipo de remisión requerida en la última Ruta Int (1-4-5)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Solo mayor de 18 años)	MARCHA CIDAD (SOLO 1 VEZ)	MOTRICIDAD FINA Y GRUESA	AUDICION Y LENGUAJE	RIESGO PSICOSOCIAL										1.Consulta Medicina General, Odontología y Enfermería	2.Psicología	3.Psicología	4.Consulta Nutricional	5.Laboratorios	6.Otras Cuales

EXPERIMENTACION			Participación en organizaciones del barrio o la escuela	Consumo hospitalario y ambulatorio en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Practica nueva de manera antes de nacer	Cuidado niños y niñas	Prevención de Embarazo Infantil	Accidente o vio padres en actividades de tipo laboral	Control C y D	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Remitir a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														C y D	Programa de Salud Bucal	Otro / Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino 4. 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 años y 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de horas de actividad física semanal	N° Cigarrillos que fuma al Día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de cocaína crack	Participación en organizaciones en el barrio o la escuela	Calidad del joven	Presencia de maltrato	Acompañamiento de padres en actividades de club o deportivas	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Bien ubicado en la curva de crecimiento)													

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Condones 7. Cuadle 8. Óvulos, tabletas Simplante 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 comedor 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 de cepillo 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(1-2-3)						Remitir a					
					1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Huevos, leguminosas secas y cereales	3.Frutas	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y cereales	5.Leche	6.Grasas y dulces	Programa Adulez cente	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	Cedula de joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje de depresión	Planificación Familiar	Control de planificación en el último año	Citología vaginal	Examen de próstata	Control odontológico en el último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N° de horas de actividad física semanal	CONSUMO			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Bajo peso, sobrepeso o adecuado)										Licor	N° Cigarrillos por día	SPA	Combo (Alcohol + Cigarrillo)

1. Si 2.No 3.No aplica

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Condón 7. Condón 8. Óvulos, tabletas ó . 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 familiar	Antecedentes familiares					CONSUMO						Tipo de alimento consumido en la vida diaria (Ultimo mes)						Auxiliar				
	1.Diabetes	2.Hipertensión arterial	3.Cardiopatía isquémica	4.Cáncer	5.Otros	Cigarrillo	Licor	Drogas ilícitas	Sustancias psicoactivas	EPOC	Ninguno	1.Carnes rojas, huevos y pollo	2.Frutas, verduras y leguminosas	3.Frituras	4.Comida rápida, bebidas azucaradas y enlatados	5.Lácteos	6.Granos y cereales	Pruebas rápidas (Sífilis, VIH)	Programa salud bucal	Plan de parto y anticoncepción	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	Asistió a programas preventivos del adulto	Examen de problemas en los primeros 3 años	Consejería vegetal	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (KGS)	TALLA (CMS)	IMC (Estado de salud del usuario)	N° de Bolsas Hemoglobina (Valor normal)	Consumo: Licor	Consumo: N° Cigarrillos al día	Consumo: Droga	Consumo: Consejería	Practica actividad recreativa: Semanal	Practica actividad recreativa: Diario	Hipertensos adscritos	Diabeticos adscritos	Gestante	Semana de gestación	Asistió a citología o en el último año	Asistencia planificación en el último año	Planificó en mayores	Control de Tratamiento	Observaciones
1093217737	LUZ A. Caballero	NO	-	SI	63	1.54		10	NO	NO	NO	NO	120	80	85	107		10	NO	NO	Ok	-	NO

1. Mensual 2. Bimensual 3. Semestral 4. Nor

Mamografia	Adecuados funcionales: 1.Dinamica	2.Integracion	3.Ciclo vital	4.Crisis	5.Comunicacion	CRONICAS: Diabetes	Hipertension	Obesidad	Enfermedad mental	EPOC	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria: 1.Cereales, raices, tubérculos y plátanos	2.Frutas y hortalizas	3.Lacteos	4.Carnes, huevos, leguminosas secas y mezclas vegetales	5.Azucares	6.Grasas de origen animal	Remite: programa crecimiento y desarrollo	programa salud bucal	programa salud mental	Tamizaje de visual	Citología	Ruta de parto oportuno y seguro	Otros
NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	✓	✓	✓	✓	NO		

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 programa del adulto mayor	Examen de próstata en los últimos 2 años	Cronograma vigente	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			No. de tomas de medición mensual	Consumo de				Presión arterial promedio		Perímetro abdominal	Perímetro de cintura	Índice Cintura Cadera	Cefalea de moderna	Examen de extremidades inferiores último año	Valoración preventiva en el último año	Plan BIENESTAR en Familia	Observaciones de tratamiento
					PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Peso sobre talla al cuadrado en metros)		Licor	No. Cigarrillo Día	SPA	Alimento s	Sistólica	Diastólica								

Autoconsumo n. de sesión	Nombre cuidador	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en la última semana						Remitido							
		1.Diabetes	2.Enfermedad cardiaca	3.Cancer gastrico	4.Cancer de seno	5.Cancer de ovario	Diabetes	Hipertensión	Obesidad abdominal	Dislipidemia Enfermedad renal	EPOC	1.Carnes rojas, pollo, pescado, cerdo y huevo	2.Frutas frescas, jugos naturales y verduras	3.Frutos secos	4.Cereales tipo arroz, maiz, trigo, avena	5.Lácteos	6.Harinas de yuca y plátano	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Oral	Programa Atención Psicosocial	Tamizaje de Visión	Consulta Gfa	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

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

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Versión 3
30/08/2024

Municipio: Santa Rosa		Barrio o Vereda: Santa Elena.		Dirección: Cra 7 # 25-66				Ficha familiar No.				
V1	DIA: 07	MES: 11	AÑO: 2025	V2	DIA	MES	AÑO	V3	DIA	MES	AÑO	
Responsable 1: Responsable 2:	Patricia Quintero Alcaraz			Responsable 1: Responsable 2:				Responsable 1: Responsable 2:				
Nombre del Jefe(a) del Hogar: Marleny Ospina Toro				Nombre de quien recibe la visita: Luz Adriana Giraldo Ospina.				N° telefónico contacto: 3218748145				

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	Usuaria no permite el ingreso a la vivienda.	Usuaria no permite el ingreso a la vivienda, refiere contar con todos los servicios públicos, con buena disposición de basuras, refiere no ser propia quien habita	A M B ✓	A M B	A M B
2			A M B	A M B	A M B
3			A M B	A M B	A M B
4			A M B	A M B	A M B

CUIDADO INDIVIDUAL POR CURSO DE VIDA

N°	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Sana.	Usuaria refiere sentirse sana, refiere no tener antecedentes familiares. Se remite al programa del adulto - sobrepeso, identificación familiar y factores de riesgo	A M ✓	A M B	A M B
2					

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.	Urbano.		Santa Elvira.	

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	2025 159.	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	09-11-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	1				
No. De Personas de la Familia	2				

DATOS SISBEN	
FICHA	07-11-2025
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Calle 7 # 25-59 ✓
TELEFONO	321 726 0628
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Chirgua Navarro			
GEOREFENCIACION	LATITUD	487782	LONGITUD	-7361855
NÚMERO MATRICULA:				

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

VISITA DE SEGUIMIENTO		
OBSERVACIONES	FECHA DE VISITA	CREADOR

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

Version 13.
30042024

2. PERSONAS AUSENTES

Nombre 1	Nombre 2	Apellido 1	Apellido 2	SEXO – (M/F)	EDAD Unidad (días / meses / años)	ESTADO – (Activo/Inactivo)
Julio	Cesar	Garcia	Londoño	M	46	

FICHA FAMILIAR ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Secretaria de Salud Departamento de Risaralda

Version 13.
30042024

. PERSONAS DE LA FAMILIA

1.Unión libre 2. Casada 3. Viuda 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/cuidandero

IDENTIFICACION		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL				P.P.N.D.R	Gestante No., en meses	
Tipo	NUMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI/N O				SI/NO	Tipo	EPS		Desplazado	Discapacidad		Desarrollo			
																					SI/NO	origen	tipo	SI/NO	SI/NO N.A	SI/NO	No. Meses
CC	25152 703	Yolanda		Londoño	García	F	10-08-9	43	3	3	3	2	SI	2	0	0	NO	SUB	EPS	NO	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 o Tecnologico
4- Universidad
5- Ninguno o Preescolar

Actividad Ultimo Mes
0 – Desempleado
1- Trabajador
2- Buscando Trabajo
3- Estudiante
4- Ama de casa
5- Pensionado
6- Incapacitado
7- Invalido

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

ETNIA
0- Ninguna
1- Indigena
2- ROM(GITANO)
3- Raizal (Archipielago San Andres, y Providencia)
4- Palenquero de San Basilio
5- Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente

Por enfermedad, accidente o nacimiento tiene alguno de los 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- Auditiva o Lateral
3- Auditiva de Volumen
4- Enfermedad Profesional
5- Visual
6- Desconocido

No asistio a programas de rehabilitacion de acuerdo a la discapacidad
1 – Si
2 – No
3 – No aplica

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

4. AMBIENTE FISICO

Version 13.
30042024

TIPO DE VIVIENDA
- Casa o Apartamento
- Cuarto
- Otro tipo
- Casa Indigena

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

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

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

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

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

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

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

AGUA CASERA
- Sin Tratamiento
- Clorada
- Filtrada
- Hervida
- Clarificación
- Asoleo

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?
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 QUÍMICOS EN LA VIVIENDA
- Detergente
- Nevera
- Agroindustrial
- Gasolina o Inflamable
- Plaguicidas
- Adecuado

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

Version 13.
30042024

. ANIMALES

TIPO	No. Machos	No. Hembras	Vacunados contra la rabia	No. Desparasitados	Machos Esterilizados	Hembras Esterilizadas	Presencia de razas peligrosas		Huella, rastro o señales de roedore SI/NO
ROS		1	NO	NO	NO	SI	NO		NO
TOS	1	2	NO	NO	NO	SI	NO		Caracol africano SI/NO
INOS		AVES	SI	PORCINOS					NO
ROS		CUALES:	2 perros						

3. 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, NSA)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, a que se toquen la boca o tocan sus partes íntimas? (SI, NO, NSA)	Alguna persona de la casa, por celos dice: 1. Se siente triste 2. No se mira 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 celos dice: 1. se siente desesperada 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se aísla de los otros 5. Come más de lo normal 6. De un momento a otro grita 7. Dice que llora mucho sin razón	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 repitiendo 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 obligado de sexo 2. Toma mucho licor o otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono en actividades por estar consumiendo licor o otras drogas 4. Se gasta la plata en otras cosas en licor u otras drogas 5. O usted toma licor o otras drogas, pepas, inyecta, come delirios 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Recibió intervención psicológica	Observaciones
1	Yolanda Londoño	NO	NO	6	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

N.	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la estructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uno especial inconveniente 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. Cancha comunal	3. Iglesia	4. Otros de recreación o									1. Ninguno	2. Asociación de Padres	3. Grupos	4. Veredales	5. Grupos de mujeres	6. Juveniles	7. Otros	Cual
1	Yolanda londoño	NO	NO	NO	NO	SI	SI		SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO		
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a una red de apoyo social de la comunidad de salud		Otra ¿Cual?	Pertenece al programa

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

1. Ampliación de intervenciones
2. Salud Infantil
3. Seguridad Alimentaria
4. Salud Bucal
5. Salud Sexual
6. Salud Mental
7. Crónicos
8. DLS o Docentes
9. ERC 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 Paralíder
5. Ninguno

3. GESTANTES

Version 13.
30042024

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado actual gestante	Planificación al momento del embarazo	Gestante control prenatal	No. de controles	Asistió a curso psicoprofiláctico	Consejería anticonceptiva	Tamizaje Tríada		Influenza	COVID vacunado	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Embarazo actual								
								Sí	No			T. MATA Cabeza	2. Diabetes	3. Hipertensión arterial	4. Consumo de cigarrillo	5. Ninguno		Fecha última menstruación	Fecha probable del parto	Semanas de gestación	Peso gestante (Kgs)	Peso adecuado (Kgs)	Talla (cms)	Edad: (Dato calculado automáticamente a partir de la fecha de nacimiento)	Tamizaje parental	Vacunación antipolio

Tipo de vinculación	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Antecedentes ginecológicos (Si hay riesgo)									Exámenes de laboratorio				
	Nacidos vivos	Nacidos muertos	Nacidos fallecidos						Estado actual de los hijos		Citología	Hiperplasia endometrial	Hemorragia	Displasia o cáncer de cuello uterino	Sangrado uterino	Abuso sexual	Planificación	Fecha última citología	Otros	Sífilis	VIH	Hepatitis B	Toxoplasmosis
			No. de gestaciones	Partos vaginales		Cesáreas		Abortos	Vivos	Muertos													
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																

Micronutrientes			Riesgo de suicidio?	Tamizaje de violencia					Presencia de comorbilidades metabólicas	Remisiones						
Hierro	Ácido fólico	Calcio		Violencia de pareja (agresión física, psicológica o sexual)	Consumo de sustancias psicoactivas	Consumo de alcohol, cigarrillo o sustancias psicoactivas	Maltrato infantil en la casa o familiares cercanos que ponga en riesgo	Ninguno		Comisaría Familia	Centro Salud/Hospital	Salud Mental	Nutrición	Citología	Planificación	Otro remisión

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

Tiempo en meses

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

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

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

Version 13.
30042024

0. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DE DESARROLLO				Consulta primera infancia	Ruta de atención integral	Consulta odontología primera infancia	Vacunación	Uso agua clorada	Aplicación de flúor barniz	Consulta de planificación	Presunción maltrato	Fecha próximo control	Tipo de alimento consumido en la última semana (1,2,3,4,5)					
		PESO (kg)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de manera automática)	MOTRICIDAD GRUESA	NOTA CRIA Y ADAPTIVA	AUDITIVO LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Cereales, tubérculos, raíces y plátanos	2.Origen animal y leguminosas verdes	3.Frutas	4.Verduras y hortalizas	5.Lácteos	6.Grasas de origen animal

EXPERIMENTACION			Participa en organización comunitaria del barrio o la vereda	Egresa hospitalización y UCI en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Practica lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Consulta C y D	Recibe Canguro en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Realiza			
OCL LICOR	OCL CIGARRILLO	OCL SPA														C y D	Programas de salud sexual	Otro? Cual	Observaciones
			1. Ninguna 2. Religiosa 3. Otra				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino y Amigo 4. Hogar infantil o comunitario 5. Otro									1. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada				

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

Version 13.
30042024

11. ADOLESCENCIA – 12 A 17

(Ir a 60)

#	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Materno de mantenimiento	Esquema de vacunación completo	N. de horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al Día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida chatarra	Participación en organizaciones del sector de la sociedad	Cuidado del joven	Presencia de maltrato	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se CALCULA de forma automa													

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

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

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

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

Control odontológico en los últimos 6 meses	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria (1-2-3-4-5-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Hortalizas y legumbres verdes	3.Fruta s	4.Carnes, huevos legumbres secas y mariscos	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescentes	Programa Salud Sexual	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones

Version 13.
30042024

2. JUVENTUD - 18 A 28

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Gestante de riesgo	Planificación Familiar	Control de planificación menor al último año	Citología vaginal	Gestión de oralidad	Control odontológico menor al último año	Auto examen de seno	Examen de testículo	N. de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Obes. siempre se calcula o automático)										Licor	Nº Cigarrillos al día	Cafe	Consume sicotrop

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 geográfica	Antecedentes familiares					CRONICAS						Tipo de alimento consumido en la dieta diaria E(14-E)						Vivienda				
	1.Cardiovascular	2.Hipertensión arterial	3.Diabetes mellitus	4.Cáncer	5.Ninguno	1.Hipertensión	2.Hipotiroidismo	3.Diabetes mellitus	4.Enfermedad renal	5.EPOC	6.Ninguno	1.Consumo de cereales, tubérculos y plátanos	2.Consumo de leguminosas, frutos secos y vegetales	3.Frutas	4.Consumo de productos lácteos, huevos y carnes	5.Lípidos	6.Consumo de verduras y hortalizas	Propia	Familiar	Prestada	Arrendada	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	Acepta o programas control ver adulto	Consulta de primera vez por 2 vez	Cronogra vagina	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			N. De horas de actividad física semanal	Consumo de				Practica alguna forma de		Hipertensión arterial	Perímetro de muñeca	Insulina control mensual	Consumo de medicam	Adherido al cronograma en el último año	Asistencia (obligatoria) control mensual en el último año	Planificación en mujeres	Consumo de tabaco	Diagnóstico
					PESO (Kgs)	Talla (Cms)	IMC (Dato tomado de cálculo no automa		Licor	No. Cigarrillos día	SPA	Cuenta con alguien	Sentirse	Dificultad									

1. Mes uno 2. 3 meses uno 3. Seis meses uno 4. Mes

Mamografía	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de alimento consumido en dieta diaria						Remite a						
	1. Diabetes	2. Hipertensión	3. Cáncer mama	4. Cáncer	5. Otro	Diabetes	Hipertensión	Dislipidemia	Sobrepeso obesidad	EPOC	1. Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2. Frutas ricas en vitamina A y hortalizas	3. Frutas	4. Carnes, huevos, leguminosas secas y frutos secos	5. Leche	6. Otros tipos de alimentos	Programa Adulto Mayor	Programa Salud Mental	Examen sangre oculta en materia fecal	Tamizaje de Visión	Citología	Ruta de promoción y mantenimiento	Otro

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

Version 13
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	Asistencia primera vez del año	Derivado de urgencias en los últimos 2 días	CRONICO (registrar)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)	N. de tomas de actividad física realizadas	Consumo: Licor	Nº Cigarrillos día	SPA	Consumo de tabaco	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Tamizaje de depresión	Antecedente de enfermedad cardiovascular en el último año	Antecedente diagnóstico de enfermedad cerebrovascular en el último año	Plan Ofrecido en la consulta	Observaciones de importancia
	Yolanda Londoño	SI		NO	58	1.43		NO	NO	SI 5 día	NO	SI	115	70	88	88	98	NO	NO	NO	NO	NO

Asistencia a otro sitio	Asistencia primera vez del año	Antecedentes familiares: 1.Diabetes	2.Hipertensión	3.Cáncer mama	4.Cáncer próstata	5.Cáncer colon	CRONICAS: Diabetes	Hipertensión	Cáncer mama	Cáncer próstata	EPOC	Tipo de alimento consumido en la última semana: 1.Carne roja, pollo, pescado, cerdo	2.Frutas frescas, ensaladas, verduras	3.Frutos secos	4.Carne de hamburguesa, salchichas, mortadela	5.Bebidas azucaradas	6.Comidas rápidas, pizza, perros calientes	Remisión: Programa Adulto Mayor	Programa Salud Bucal	Plan de gestión familiar	Tamizaje de Visual	Glaucoma	Ruta de promoción y mantenimiento	Observaciones
NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	SI	

15. MORBILIDAD Y MORTALIDAD

MORBILIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

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

MORTALIDAD DEL GRUPO FAMILIAR EN EL ULTIMO AÑO

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

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

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO FAMILIAR

Version 3
30/04/2024

Municipio: Santa Rosa. | Barrio o Vereda: Santa Elena. | Dirección: cra 7 # 25-54. | Ficha Familiar No.:

	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: Julio Cesar Arias Londoño | Nombre de quien recibe la visita: Yolanda Londoño Garcia. | N° telefono o celular: 3247260628

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	Usuaria no permite el ingreso a la vivienda	Usuaria refiere contar con todos los servicios públicos, con buena disposición de los suyos; refiere por momentos sentirse muy ansiosa con todo cuanto con hacerlos	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	Dos problemas.	con antecedentes familiares de: Dm. refiere. fuma. Dm y dos problemas, curso a programa adulto mayor. salud bucal. tamizaje visual. educo en hábitos saludables	A M B	A M B	A M B

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

DILIGENCIADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

ACOMPAÑADO POR: _____
Nombre y Apellidos
Profesión:

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

.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 158	FAMILIA	1	COHORTE	B
FECHA VISITA	07-11-2025				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	5				
No. De Personas de la Familia	1				

DATOS SISBEN	
FICHA	
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Cra 79 #25-70
TELEFONO	3143546980
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Chivara Acevedo			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.87813	LONGITUD	-75.61766
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)
Jhon	Freddy	Garcia	Garcia	M	46.	
Bayolet	Antonella.	Giraldo	Ospina.	F	6	
Natalia.		Ortiz	Ospina.	F	14	
Maximiliano		Garcia.	Ospina.	M	3 meses	

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 compañera 3. Hija 4. Hijo 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	OCUPACIÓN	¿CUANTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACION		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL				P.P.R.O.R	Gestante No. es meses	
tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				SI/NO				SI/NO	Tipo	SPS		Discapaci dad	origen	tipo	Desarrollo psico		SI/NO	
CC	1004883468	Claudia	Alejandra	Ospina	Toro	F	18-3-92	34	A	1	2	2	Si	12	4	0	NO	S	contri	NA	NO	No	0	NO	NA	NO	0

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

Nivel Educativo
1- Ninguno
2- Secundaria
3- Técnico o Tecnologico
4- Universidad
5- Postgrado 6- Ninguno

Actividad Ultimo Mes
0 – No Aplica
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- 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 su bienestar, asistanse o soliciten sin tiene alguna de las siguientes enfermedades de Forma prioritaria
1- Cirugia a Todo
2- Quimica Total
3- Mudez
4- Dificultad para moverse o caminar por si mismo
5- Dificultad para bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo
6- Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañia
7- Dificultad para aprender o entender

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

Se asistido a programas de rehabilitacion 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
1.Cuarto
1.Otro tipo
1.Casa Indigena

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

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

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

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

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

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

AGUA CASERA
1.Sin tratamiento
1.Clorada
1.Filtrada
1.Hervida
1.Clarificación
1. Acido

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

DISPOSICION
1.Los 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
Ribera
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

Version 13.
30042024

. ANIMALES

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

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

	NOMBRES Y APELLIDOS	¿Alguna persona de la casa le dice que no sirven para nada, que todo les queda mal, que son inservibles? (SI, NO, NIA)	¿Alguna persona de la casa obliga a otra a tener relaciones sexuales, o que lo besen en la boca o tocar sus partes íntimas? (SI, NO, NIA)	Algun 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. Se siente a otra gente 7. Está excesivamente feliz	Algun persona de la casa, por varios días: 1. Se ha desaparecido 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. Se deja de los otros 5. Come más de lo normal 6. Se siente a otra gente 7. Dice que tiene mucho dinero	Algun persona de la casa: 1. Habla solo 2. Ve cosas que otros no 3. Dice que los otros son enemigos 4. Delira 5. Hasta cosas incoherentes	Algun persona de la casa: 1. Le gusta estar solo 2. Ya no quiere hacer nada 3. Aumento o disminución de peso 4. No duerme, duerme mucho o cambios con sueño 5. Siente que no sirve para nada 6. Pensamientos de autolesión 7. Piensa mucho en la muerte	Algun persona de la casa: 1. Se ve deteriorado sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo. 3. Abandono de actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Se gasta la plata en otras cosas en licor u otras drogas 5. Cuando toma licor u otras drogas, pelea, insulta, daña cosas 6. Intenta dejar de tomar licor o consumir otras drogas y no puede	Remite a intervención psicológica	Observaciones
1.	Claudia Hernandez O.	SI	SI	3	2	NO	NO	NO	SI	
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										

1b Aza.

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: 1. IPS, Centro o Puesto de Salud	2. Centro comunal	3. Iglesia	4. Sitios de esparcimiento	Participa en actividades para el mejoramiento del barrio. SI / NO	Si respuesta es sea positiva, ¿Cuál?	Una vez/mes consultorio por parte de los niños	Consumo en el último mes bebidas alcohólicas. SI / NO	Consumo en el último mes fumar cigarrillo. SI / NO	Consulta en el último mes por salud 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. Adulto mayor	2. Juventud y Mujer	3. Gestantes	4. Vacunación	5. Enfermedades crónicas	6. Juventud	7. Otro	Cual
1	Claudia Hernandez	NO	NO	SI	SI	SI		NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	8	
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

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

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

1. Acueducto de transmisiones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Rural.
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 Pacaba.
5. Ninguno.

Version 13.
30042024

3. GESTANTES

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	Estado civil gestante	Ocupación actual del gestante	Escolaridad gestante	No. de controles	Antecedentes gineco-obstétricos	Consejería anticonceptiva	Tamizaje Sífilis		Influenza	DPT gestante	Antecedentes familiares					Antecedentes Personales	Datos actual								
								1a.	2a.			1.HTA/ Diabetes	2.Cáncer	3.Psiquiátrico	4.Consumo de sustancias	5.Otros		Fecha primera consulta	Fecha primera odontología	Semanas gestación	Peso gestante (kgs)	Talla (cms)	IMC: (Debe calcularse automáticamente)	Tamizaje mental	Vacunación completa

Tipo de sangre	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Actividades educativas (Si/No si aplica)									Exámenes de laboratorio				
	Abortos (cantidad)	Embarazos múltiples	Hijos Nacidos					Hijos actualmente (Nº)			Consejería gestacional	Signos de alarma	Importancia del control prenatal	Importancia del parto institucional	Lactancia materna	Métodos anticonceptivos	Ruta de atención	Fecha toma parto	Tipo parto	Serología	FTA-ABS	VIH	Hemoglobina (g)	Toxoplasmosis IgG
			No. de gestaciones	Pretérmino		Termino		Abortos	Vivos	Muertos														
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																	

Antecedentes			Riesgos de salud						Remisión de adolescentes de interés	Analítica						
Nombre	Análisis Político	Cédula	Por qué no fue vacunado	Adicción de consumo regular (cantidad, frecuencia, especificación)	Diagnóstico de enfermedades mentales (cuáles, cuándo, tratamiento)	Consumo de sustancias psicoactivas	Gestación (edad) en la cual fue tratado especialmente (si/no)	Otros problemas mentales		Glucosa (Promedio)	Control Postparto/Puerperio	Tamiz Neonatal	Vacunación	Crecimiento	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 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 malformación	Control de C y D	Número de veces que lleva la niña o niño a consulta de crecimiento y desarrollo al día	Cuidador (a) de niños y niñas
		Exclusiva	Mixta	Total	PESO (Kgs)	TALLA (Cm)			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			
							CTD.	PROGRAMA PAI	OTRO CUAL	OBSERVACIONES

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

Version 13.
30042024

0. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			ALTERACION DEL DESARROLLO				Control prenatal	Nro de controles prenatales realizados	Control odontológico gestacional	Riesgo psicosocial	Uso servicio mental	Aplicación de flúor barniz gestante	Consejería en salud oral gestante	Presencia de cuidador	Nº Consulta al año	Tipo de control recibido en el año (Si/No)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad)	MOTRICIDAD GRUESA	MOTRICIDAD FINA Y ADAPTIVA	AUDICION Y LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL										1.Crecimiento, desarrollo, salud oral y planificación	2.Manejo anticipatorio y seguridad vascular	3.Promoción	4.Control prenatal, lactancia materna exclusiva	5.Ruta materno perinatal	6.Otros cuales?

EXPERIMENTACION			Participación en algún organismo comunitario	Ingreso hospitalario por IRA y EDA en los últimos 6 meses	Desparasitado en el último año	Practica clave: lavado de manos antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Control C y D	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Una vez al tiempo usted	Remite a			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA													C y D	Pregrama salud bucal	Otro / Cual	Observaciones
			1. Iglesia 2. Escuela 3. Ninguna				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecinos 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

(SIMC)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del Joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual entre los 12 y los 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N. de horas de actividad física semanal	N° Cigarrillos que fuma al Día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de cerveza cristal	Participación en organizaciones del barrio o vereda	Consejo del joven	Prevención de maltrato	Acompañamiento a las padres en actividades de todo tipo	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Debe quedar en rango de aprobado)													

1. No planifica 2. Pastillas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Coitológico 7. Condón 8. Ovulos, tabletas, 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. Juego 2. Ver TV 3. Deporte 4. Trabaja 5. Nada

Control odontológico en los últimos 6 meses	No. cepillados al día	Uso hilo dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Control de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria E.(1-4-6)						Remite a					
					1.Cereales, raices, tuberculos y platanos	2.Hortalizas y legumbres de color verde	3.Frutas	4.Carne, huevos, legumbres secas y mezclas	5.Lacteos	6.Grasas y dulces	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Cirugia	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 ANTROPOMÉTRICAS			Semana de gestación	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 testículos	N° de horas de actividad física semanal	CONSUME			
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Dato arroja o calcula el sistema)										Licor	N° cigarrillos al día	BPA	Consulta externa

1. Si 2 No 3 No aplica

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

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

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

Presión arterial	Antecedentes familiares					CRÓNICOS						Tipo de alimentación consumido en la actualidad (1) (2) (3)						Vacunas				
	1.Cardiacos	2.Hipertensión	3.Diabetes mental	4.Cáncer	5.Otros	Diabetes	Hipertensión	Epilepsia	Enfermedad mental	EPOC	Ninguno	1.Comida rápida, comidas procesadas	2.Gaseosas, bebidas y jugos artificiales	3.Frutas	4.Comida balanceada (proteínas, carbohidratos y vegetales)	5.Lácteos	6.Cereales y tubérculos	Programa Ampliado de Inmunización	Programa Nacional Mujer	Plan Nacional de Vacunación	Citología	Observaciones

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

Version 13.
30042024

13. ADULTEZ 29 A 59

7 meses

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a orientación educativa en el mes actual	Examen de psicología en los últimos 2 años	Consulta vejez	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: PESO (Kgs)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: TALLA (Cms)	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS: IMC (Dato campo calculo automatico)	N° de frutas de consumo diario en la semana	Consume de: LICOR	Consume de: N° cigarrillos al día	Consume de: DPA	Consume de: Cannabis u otras*	Presión arterial en mmHg: sistólica	Presión arterial en mmHg: Diastólica	Perímetro abdominal	Perímetro de cadera	Índice cintura cadera	Refiere dolor lumbar	Asiste al odontólogo en el último año	Asistencia planificación en el último año	Planificación en tiempo	Riesgo de fragilidad	Antidepresivos
1004831987	Claudia Hdez	NO	-	SI	68	1.52		NO	NO	0	NO	NO	130	80	89	104		NO	NO	NO	QX	-	NO

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

Numero de	Antecedentes familiares: 1.Cardio vas.	2.Cancer familiar	3.Cancer mama	4.Cancer ut	5.Cancer *	CRONICOS: Cirrosis	Hepatitis cronica	Cirrosis*	Enfermedad renal	EPOC	Tipo de violencia ocasionada en la ultima vez: 1.Contra mujer, cuidador y/o pareja	2.Contra niños y hombres mayores	3.Psicologica	4.Contra mujer, hombres mayores y niños	5.Fisica	6.Contra niños y mujeres	Pendiente: Programa Adulto	Programa Joven Sano	Programa Vejez	Tamizaje de Visual	Citologia	Ruta de atencion materno perinatal	Otro
NO	NO	3	3	3	3	no	3	3	3	no	SI	SI	SI	SI	SI	SI	✓	✓	✓	✓	no		

Version 13.
30042024

4. VEJEZ - MAYOR A 60

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Asiste a programa control de adulto	Asistencia de profesional en los últimos 3 meses	Consejería riesgo	VARIABLES ANTROPOMETRICAS			Riesgo nutricional adulto mayor	Consulta de				Prescripción medicamentos		Medicamentos adecuadamente	Conciliación de medicos	Lectura cartilla geriatria	Estudio de cuidadores	Aplicación de instrumento tamizaje adulto mayor	Aplicación diligenciamiento del cliente adulto mayor	Plan (Plan) de Atención	Diagnóstico de enfermería
					PESO (Kg)	TALLA (Cms)	IMC (Debe aparecer en tabla de valoración nutricional)		Urgencias	Nº Cigarrillos día	SPA	Consulta Urgencias	Dirección Tes	Dirección Tes								

Asistencia a cita de control	Medicamentos	Antecedentes familiares					CRONICAS					Tipo de riesgo encontrado en la visita						Riesgos						
		1.Diabetes	2.Hipertension	3.Cancer	4.Cardiaco	5.Otro	Diabetes	Hipertension	Cardiaco	Enfermedad renal	EPOC	1.Caida (de nivel, tropezon y otro)	2.Mal uso de medicamentos (regimen, horario)	3.Pareja	4.Cambio de hogar (nuevo integrante, nuevo hogar)	5.Abuso	6.Otro (de la visita)	Riesgo mal Acceso Alimento	Riesgo mal Salud Oral	Riesgo Condición Familiar	Tamizaje Visual	Cirugía	Riesgo de caída y/o movilidad reducida	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
30/04/2014

Municipio: Santa Rosa.	Barrio o Vereda: Santa Elena.	Dirección: Cra 79 # 25-70	Ficha familiar No.

	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
V1	07	11	2015	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:	Nº Teléfono contacto
Jhon Fredy Garcia Garcia	Claudia Hernandez Ospina tno	3147546780

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)

Nº	HALLAZGO	ACTIVIDAD	V1	V2	V3
1	Usuaria no permite el ingreso a la vivienda.	Usuaria no permite el.	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	COMUNA/CORREGIMIENTO	BARRIO/VEREDA	SECTOR
66 - RISARALDA	Santa Rosa	Urbana		Santa Elena.	

DATOS DE LA FAMILIA					
VIVIENDA	1085 157	FAMILIA	1.	COHORTE	B
FECHA VISITA	07-11-2025.				
INGRESO FAMILIAR No de SMLV	2.				
No. De Personas de la Familia	5				

DATOS SISBEN	
FICHA	07-11-2025
GRUPO	SUBGRUPO:
PUNTAJE	
NIVEL	
DIRECCION	Cairo 1H 25-87 ✓
TELEFONO	3113084771
CORREO ELECTRONICO	

VIVIENDA SIN OCUPANTES

DILIGENCIADO POR	Patricia Quirama Acevedo.			
GEOREFENCIACION	LATITUD	4.97821	LONGITUD	-75.61798
MÚMERO 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)
Martha		Morales	de Gomez	F	82	
Carlos	Andres	Gomez	Morales	M	38	
Angi	Paola	Gomez	Gomes	F	21	
Bryhan		Jaramillo	Ramirez	F	3 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. Viuda 4. Separado o divorciado

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

IDENTIFICACIÓN		NOMBRE Y APELLIDOS				SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD / UNIDAD		ESTADO CIVIL	PARENTESCO CON EL JEFE DEL HOGAR	NIVEL EDUCATIVO	SABE LEER	No APROBADOS	OCUPACIÓN	¿CUÁNTOS MESES LLEVA DESEMPLEADO?	APORTA A FONDO DE PENSIONES	AFILIACIÓN		ETNIA	GRUPOS DE ATENCION ESPECIAL				P.P.R.D.R	Gestante No. en meses	
Tipo	NÚMERO	NOMBRE 1	NOMBRE 2	APELLIDO 1	APELLIDO 2	M / F		No.	U				S/N O				SI/NO	Tipo	RPS		Discapacidad				SI/NO NA	SI/NO	No. Meses
CC	25166882	Martha	lucia	Gomez	Morales	F	12-05-1966	59	3	D	3	3	SI	3	O	O	NO	SUBSI	AH	NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	

- Tipo Documento: CC – Cedula de Ciudadanía; TI – Tarjeta de Identidad; RC – Registro Civil; PA – Pasaporte; CE – Cedula de Extranjería; NI – No Tiene
- Unidad de Medida: 1 – Dias; 2 – Meses; 3 – Años
- Nivel Educativo: 1- Ninguno; 2- Preescolar; 3- Básica primaria; 4- Básica secundaria; 5- Media; 6- Técnico o Tecnológico; 7- Universidad; 8- Posgrado; 9- Ninguno
- Actividad Última Vez: 0 – Sin Actividad; 1. Trabajando; 2. Buscando Trabajo; 3. Estudiando; 4. Oficios en el Hogar; 5. Rentista; 6. Jubilado; 7. Pensionado
- Tipo de Usuario: 1. Subsidiado; 2. Contributivo; 3- Población Vinculada; 4- Particular; 5- Régimen Especial
- ETNIAS: 0. No aplica; 1. Indígena; 2. ROM(GITANO); 3. Raizal (San Andrés y Providencia); 4. Palenquero de San Basilio; 5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente
- Por enfermedad, accidente o nacimiento tiene alguna de las siguientes condiciones de forma permanente: 1. Ceguera Total; 2. Sordera Total; 3. Mudez; 4. Dificultad para moverse o caminar por si mismo; 5. Dificultad para bañarse, vestirse, alimentarse por si mismo; 6. Dificultad para salir a la calle sin ayuda o compañía; 7. Dificultad para aprender o estudiar
- Tipo de Discapacidad: 1. Psicológica; 2- Auditiva Lenguaje; 3- Auditiva de Tiroides; 4- Intelectual; Retardo Mental; 5- Visual; 6- De movilidad
- Se asistió a programas de rehabilitación de la discapacidad: 1 – Si; 2 – No; 3 – No aplica

Mayor con Archivar.

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 Indigena

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

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

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

DE DONDE SE TOMA EL AGUA PARA

B. CONSUMO HUMANO
1. Acueducto
2. Pozo con Bomba
3. Pozo sin Bomba, Jagey
4. Agua Lluvia
5. Rio, quebrada, manantial, nacimiento
6. Pila Publica
7. Carro tanque
8. Aguatero
9. Donación

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

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

UBICACION 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?
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 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 — Nombre de la actividad

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

MEDICAMENTOS EN LA VIVIENDA
Consume medicamentos bajo fórmula médica 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
ROS	2		SI	SI	NO		NO		NO
ros	1	1	SI	SI	SI	SI	NO		Caracol africano SINO
INOS	0	AVES	0	PORCINOS	0				NO
IOS	0	CUALES:	0						

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, que son imperfectos? (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 íntimas? (SI, NO, N/A)	Alguna persona de la casa, por varios días: 1. Se siente desesperado 2. Siente que no se puede quedar quieto 3. Llora mucho 4. 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. No come 5. Come más de lo normal 6. Se alegra de la nada 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 repentinamente 5. Siente que no sirve para nada 6. Problemas de concentración 7. Piensa mucho en la muerte	Alguna persona de la casa: 1. Se ve deteriorado sin razón 2. Toma mucho licor u otras drogas en poco tiempo 3. Abandona actividades por estar consumiendo licor u otras drogas 4. Le gusta la plata de otras cosas sin 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	Martha lucia Gomez	NO	SI	1 - 5	NO	NO	NO	NO	SI	
2										
3										
4										
5										
6										

#1 MESES

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

Version 13.
30042024

7. AMBIENTE SOCIAL

#	NOMBRES Y APELLIDOS	Uso de la infraestructura del barrio				Participa en actividades para el mejoramiento del barrio SI / NO	Se relaciona con sus vecinos. SI / NO	Uno espacios comunitarios por parte de los niños	Considera usted último mes buscar atención médica SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención odontológica SI / NO	Consideró en el último mes buscar atención psicológica SI / NO	Ha asistido a consulta médica en el último mes SI / NO	No asistido a consulta odontológica en el último mes SI / NO	Participa en grupos u organizaciones del barrio							
		1. PS, Centro o Puesto de Salud	2. Cancha comunal	3. Iglesia	4. Otros de recreación o									1. Junta comunal	2. Asociación de Padres	3. Grupos	4. Vecindario	5. Ecológico	6. Juvenil	7. Otro	Cual
1	Martha Lucia Gomez	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NINGUNA.
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

Tipo de familia	Pertenece a alguna red de apoyo social de la Secretaría de Salud		Otra? Cual?	Pertenece a algún programa

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

1. Ampliado de inmunizaciones.
2. Salud Infantil.
3. Seguridad Alimentaria.
4. Salud Bucal.
5. Salud Sexual.
6. Salud Mental.
7. Cubiculan.
8. DLG o Secretaría.
9. SSC 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. Madre Paraíba.
5. Ninguno

3. GESTANTES

Version 13.
30042024

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	Estado actual planeado	No. identificación número de embarazo	Gestación a semanas (calculada)	Peso pre-concepcional	Antecedentes patológicos familiares	Consumo sustancias psicoactivas	Fecha Probable		Antecedentes	CPN anteriores	Antecedentes familiares					Antecedentes Ginecobstétricos	Diligenciamiento Odontológico									
								1a.	2a.			1.HTA Crónica	2.Diabetes	3.Preeclampsia	4.Consumo de multiples	5.Cáncer		Caries (Dientes cariados)	Gingivitis (encías inflamadas)	Sangrado gingival	Placa bacteriana (Dígito)	Placa dental (Dígito)	Tártaro (Dígito)	Uso de Elixir bucal con fluoruro para el control de placa bacteriana	Tratamiento odontológico	Requerimiento odontológico

Riesgo psicosocial	ANTECEDENTES OBSTETRICOS										Asesorías realizadas en salud (Ultimo embarazo)									Exámenes de laboratorio				
	No. de embarazo	Intervalo intergenesico	Hijos vivos (actuales)	Partos vaginales		Cesáreas		Abortos	Vivos	Muertos	Valoración gestacional	Asesoría nutricional	Psicoprofilaxis	Psicoprofilaxis preparación de maternidad	Lactancia materna	Adherencia materna	PLACO	Fecha próximo control	Plan parto	Sangre	ETS-VIH	VIH	Hemoclasificación	Toxoplasmosis IgG
				Vivos	Muertos	Vivos	Muertos																		

Abandono			Por qué no se tomaron?	Examen de vista					Resultado de anormalidades detectadas	Prótesis						
Hijo(a)	Abuelo Padre	Cónyuge		Realizo valoración optometría (agudeza visual, refracción, presión intraocular)	Diligenciamiento de consentimiento informado (asegurado, cuidador o acudiente)	Formulación de lentes, diagnostico (miopia, hipermetropia, astigmatismo)	Recibio los lentes (asegurado)	Observaciones adicionales		Corona/ Perno	Ubicación (Anterior/posterior)	Superior/Inferior	Ubicación	Cantidad	Material	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 GESTACION MATERNA			MEDIDAS ANTROPOMETRICAS		BAJO PESO AL NACER	IMC	ALTERACION DEL DESARROLLO				Egreso hospitalario prematuro y RNA en los ultimos 6 meses	Presencia de mixoma	Consulta CyD	Número de veces que la mama le ofrece de comer en la noche	Cuidador mujer y niñas
		Gestante	Nina	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	Llevan sus hijos a actividades laborales	Recibe Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Recibe Sulfato Ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo para la edad	Remitir a			
							CYD	PROGRAMA PAI	OTRO CUAL	OBSERVACIONES

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

Version 13.
30042024

0. INFANCIA - 6 A 11

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			VALORACION DEL DESARROLLO				CONSEJO preventivo clínico APEI	N. de consultas médicas	Consulta odontológica	No controles al año	Uso seda dental	Aplicación de flúor en consulta	Control de placa bacterial	Inasistencia de inasistencia	N° Controles al año	Tipo de alimento consumido ayer día día día (1)(2)(3)(4)					
		PESO (Kgs)	TALLA (cms)	IMC (Este campo se calcula de forma automática)	MARTHA CECILIA GRUESO A	ROSA ELENA Y ADAPTIVA	ARLOC HOWY LENGUAJE	PERSONAL SOCIAL															

EXPERIMENTACION			Participación en organización escolar	Consumo hospitalario o por IRA y CDA en los últimos 6 meses	Desparasitación en el último año	Fracturas óseas llevado de mano o antes de comer	Cuidado niños y niñas	Presencia de trabajo infantil	Acompaña a sus padres en actividades de tipo laboral	Control C y D	Dentro Zinc en la IPS	Recibe Vitamina A en la IPS	Resultado Sulfato ferroso en la IPS	Esquema de vacunación completo	Uso del tiempo libre	Recibe			
DEL LICOR	DEL CIGARRILLO	DEL SPA														C y D	Programa de Salud Bucal	Odo / Cual	Observaciones
			1. Siempre 2. En ocasiones 3. Nunca				1. Padres 2. Otro Familiar 3. Vecino 4. Amigo 5. Niger lo pedillo consultado 6. 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

(Sivigila)

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Control del joven	MEDIDAS ANTROPOMETRICAS			Tamizaje visual a los 12 y a los 17 años	Método de Planificación	Esquema de vacunación completo	N° de Horas de actividad física semanal	N° Consumo de cigarrillo al Día	Consumo de licor	Consumo de SPA	Consumo de comida Chatarra	Participación en organizaciones o en comunidad o en escuela	Cuidado del joven	Prevención de maltrato	Acompaña a los padres en actividades de todo tipo laborales	Uso del tiempo libre
			PESO (Kgs)	TALLA (Cms)	IMC (Bajo peso, normal, sobrepeso, obesidad)													

1. No planifica 2. Pastas 3. Inyección 4.DIU 5. Ritmo 6. Quirúrgica 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	No cepillados al día	Uso seda dental	Aplicación de flúor en los últimos 6 meses	Consumo de placa en los últimos 6 meses	Tipo de alimento consumido en la dieta diaria (1-2-4-6)						Remitir a					
					1.Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2.Huevos y leguminosas secas y frescas	3.Frutas	4.Carnes, nuevos leguminosas secas y frescas	5.Lácteos	6.Cereales y derivados	Programa Adolescente	Programa Salud Bucal	Planificación Familiar	Citología	Tamizaje Visual	Observaciones