

Fecha de captura de información: 05-06-25

Institución que realiza la captura de información: Ese San Antonio de Maryato

Ubicación

1. Nombre del Municipio Maryato

2. Sector en el que permanece con mayor frecuencia el Relleno

3104131342

4. Teléfono

5. Afiliación a EPS:

SI

~~NO~~

¿Cuál? Retitanto

Identificación del entrevistado

6. Tiene o ha tenido documento de identificación

SI

NO

7. Tipo de documento de identidad

CC TI RC CN CE SC PA AS MS PEP

CC Cédula de ciudadanía
TI Tarjeta de identidad
RC Registro Civil de nacimiento
CN Certificado de Nacido Vivo
CE Cédula de extranjería
SC Salvoconducto
PA Pasaporte
AS Adulto sin identificación
MS Menor sin identificación
PEP Permiso Especial de Permanencia

8. Número de identificación

71381523

9. Proporciona información de identificación informarlo

SI

NO

10. 1er. Nombre

Edilson

11. 2do. Nombre

Andres

12. 1er. Apellido

Vergara

13. 2do. Apellido

carpillo

14. Años cumplidos

44

15. Fecha de Nacimiento

05-03-1981

16. Sexo*:

Hombre

Mujer

Intorsexual

Por observación

17. Con cuál género* se identifica?

Masculino

Femenino

Mujer Transgénero

Hombre Transgénero

No binario

Otro ¿Cuál? _____

No informa

18. Cual es su orientación Sexual*:

Heterosexual

Homosexual

Bisexual

Otro ¿Cuál? _____

No informa

19. Tiene usted una discapacidad?

SI

~~NO~~

¿Cuál? _____

20. De acuerdo a su cultura, pueblo o rasgo, usted se reconoce como:

- Indígena
- Raizal
- Afrocolombiano

- Rom Gitano
- Palenquero
- Ninguna de las anteriores ¿Cuál? _____

Hábitos de vida y acceso a vivienda

21. Señale si usted actualmente vive en un espacio

- Propio (casa, apartamento, bodega, casa, lote entre otros, del que es propietario o tiene tenencia)
- Arrendado o alquilado (por intervalos de tiempo distintos como meses, semanas, días, noches)

22. De los siguientes factores, cuál cree que tiene mayor impacto en su vida actualmente: (Seleccione una sola respuesta)

- De propiedad de familiares, amistades o conocidos
- Servicio Social de Alojamiento temporal o permanente*
- No tiene acceso a ningún espacio distinto a la calle
- Falta de redes o grupos de familiares, amigos, conocidos o instituciones que le brinden apoyo
- Falta de trabajo o de fuente de ingresos
- Estigma y discriminación que dificulta la participación en redes afectivas, laborales de protección, entre otras
- Falta de acceso y/o tratamiento para temas de salud
- Tiene ingresos pero son insuficientes para vivir como quisiera
- Es víctima de algún tipo de violencia
- Otro, cuál _____

23.Cuál es su principal motivo para estar con mayor frecuencia en la calle: seleccione una opción

- No tener ingresos fijos
- Tiene ingresos pero son insuficientes
- No tiene redes que le apoyen para vivir de forma diferente
- La oferta de vivienda que existe tiene precios superiores a sus ingresos
- No tiene acceso a servicios de atención que le permitan cambiar sus condiciones.
- No cree que pueda vivir de otra forma
- Otro, cuál _____

24. Hace cuánto tiempo hace de la calle el escenario propio para su supervivencia

- Menos de un mes
- Entre 1 mes y 3 meses
- Entre 4 meses* y hasta 1 año
- Más de 1 año

25. ¿Cuáles son las dos principales razones para que se encuentre la mayor parte del tiempo en calle ?

- Conflictos de convivencia con familiares o personas con las que vivía
- Violencia intrafamiliar
- El dinero que gana no alcanzaba para pagar un lugar en el que vivir
- Desalojo o pérdida de vivienda
- Violencia de pareja
- Un problema de salud físico o mental
- Pérdida de fuente de ingresos o trabajo
- Egreso de un servicio de protección
- El conflicto armado
- Consumo problemático de sustancias psicoactivas (afectaba sus relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio, otros)
- Egreso de una institución penitenciaria o de reclusión
- La pandemia ocasionada por coronavirus COVID19
- Ser migrante sin redes de apoyo
- Había estado en situación de calle previamente y volvió a estarlo actualmente
- Abuso sexual
- Por voluntad propia
- Otro, cuál _____

Integración social

26. Actualmente se encuentra en contacto con

- Familiares*
- Instituciones
- Amigos o conocidos
- Otros

Frecuencia

- Diario
- Semanal
- Al menos una vez al mes
- Mas de una vez al mes

- Al menos una vez cada seis meses Al menos una vez al año

27. En el último mes, el lugar donde usted duerme o vive lo compartió con: (Puede seleccionar varias respuestas)

- Con familiares (padres o padrastros, sus hijos y/o hijastros, sus hermanos/ hermanastros, otros familiares) Su pareja
- Amigos Otras personas. Cuales _____
- Nadie

28. De las siguientes actividades seleccione las dos a las que dedica mayor cantidad de tiempo en el día:

- Generar ingresos Asistir a servicios sociales
- Educación/ cultura Actividades para el autocuidado (alimentarse, buscar en donde asearse y/o dormir)
- Deporte y/o actividades recreativas Consumir o estar bajo efecto de Sustancias Psicoactivas SPA
- Asistir a servicios de salud Otro, cuál _____
- Vecinos, conocidos o familiares Servicios sociales y de salud
- Ninguna

29. En el último mes, cuando tuvo las siguientes necesidades acudió con mayor frecuencia a: (seleccione una respuesta por fila)

- Alimentos Recreación
- Dinero Dormitorio
- Asearse Salud

Necesidades:

30. ¿Sabe leer y escribir?

- SI NO

31. El último nivel educativo que estudió fue:

- Ninguno Preescolar
- Básica primaria completa Básica primaria Incompleta
- Básica secundaria completa Básica secundaria incompleta
- Media académica / Media técnica completa Media académica / Media técnica incompleta
- Normalista Superior (universitaria)
- Postgrado Sin información

32. ¿En los últimos 30 días ha sufrido uno de las siguientes situaciones de afectación a su integridad?

SITUACIONES

- Violencia interpersonal (agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño)
- Violencia sexual
- Violencia física
- Violencia psicológica (verbal, emocional)
- Lesiones por eventos de transporte
- Lesiones accidentales
- Mendicidad obligada (coacción)
- Intercambio de sexo por dinero, protección o drogas
- Violencia entre familiares
- Violencia contra niños, niñas y adolescentes
- Violencia de pareja
- Violencia entre otros familiares
- Violencia al adulto mayor
- Ninguna

33. ¿Denunció estas situaciones?

- SI NO

¿Cuál? _____

34. ¿Le brindaron información para acceder a la ruta de atención cuando denunció?

- SI NO

35. Su principal fuente de ingreso es: (seleccione una respuesta)

- Actividades de mecánica, carpintería, construcción o similares
- Ventas informales
- Cantando, haciendo malabares, cuentería, artesanía o similares
- Dinero que recibe de la familia o redes de apoyo
- Actividades sexuales pagadas
- Aseo/limpieza
- Limpiando vidrios, cuidando carros, tocando llantas o similares
- Recogiendo y vendiendo material reciclable
- Actividades relacionadas con comercio o distribución de sustancias psicoactivas
- Otro, cual La mujer la

Condiciones de salud

36. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud física que requieren atención

- SI NO

37. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud mental que requieren atención

- SI NO

NINGUNA

SITUACIONES

ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO

- | | | |
|--|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sistema digestivo (diarrea, vómito) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Sistema respiratorio (tos frecuente, dificultad respiratoria, gripa, asma, EPOC) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Afecciones de piel (úlceras, flebitis, granos, caranchos, ladillas, piojos) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Sistema cardiovascular (úlceras varicosas, problemas del corazón, soplos, hipertensión) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Afecciones vías urinarias (ardor para orinar) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión sexual (venéreas) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Sífilis, Gonorrea | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Depresión, ansiedad u otra enfermedad mental | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Intento de suicidio | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Sobredosis | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Como consecuencia de una lesión por accidente | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Como consecuencia de una lesión por violencias | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Problemas odontológicos | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Eventos relacionados con la gestación | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores | | |
| <input type="checkbox"/> Otro, cuál _____ | | |

38. En el último mes, tuvo un problema grave de salud, o alguien le manifestó preocupación por situaciones de su salud relacionadas con:

39. Qué hizo cuando se presentó el problema de salud más grave? (en caso de que haya realizado más de una de las posibilidades listadas, señale las dos que más utilizó)

- Se cuidó solo
- Fue a una farmacia
- Fue a un servicio de alojamiento
- Fue donde una persona reconocida como sanador que no es profesional de salud
- Pidió ayuda a un familiar o amigo
- Fue a hospital o centro de salud
- Fue donde una autoridad indígena espiritual (taita o chaman)
- Nada

40. Tiene usted alguna dificultad para realizar las siguientes actividades (puede seleccionar varias respuestas)

- Oír la voz o los sonidos
- Ver de cerca, de lejos o alrededor
- Agarrar o mover objetos con las manos
- Hablar o conversar
- Mover el cuerpo, caminar
- Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)

- Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)
- Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos, respiratorios

Relacionarse o interactuar con las demás personas

41. Consume actualmente Sustancias Psicoactivas SPA?

SI NO

42. Qué tipo de tratamiento (atención en salud) ha recibido para el consumo de SPA

- Ninguno
- Residencial-cerrado-internado
- Hospital día

- Consulta externa
- Ambulatorio-abierto
- Hospital noche

43. Ha tenido sobredosis por consumo de drogas en el último año?

SI NO

44. Recibió tratamiento por la sobredosis?

SI NO

45. Frente a la inyección de drogas

- Nunca me he inyectado drogas
- He compartido material de inyección

- Me he inyectado drogas alguna vez en la vida
- He recibido KITS o jeringas de la secretaría de salud

46. Cuáles son las dos principales sustancias que ha consumido en los últimos tres meses, cuál es la vía de administración y la frecuencia de consumo:

SUSTANCIAS

- Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)
- Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)
- Cannabis (marihuana, por, hierba, hachís, etc.)
- Cocaína (puro, piedras, crack, etc.)
- Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)
- Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)
- Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)
- Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)
- Otro tipo - especificar*

FORMA DE CONSUMO

Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Con que frecuencia la consume:

- Una o dos veces
- Semanalmente

- Mensualmente
- Todos o casi todos los días

Otros aspectos relevantes para el territorio

48. Lugar de la entrevista

- Espacio público (Acera, parque, playa, etc.)
- Servicio social
- otro Cual _____

- Dormitorio transitorio (hotel, pago por día, inquilinato, residencia, camarote)
- Vivienda de un familiar o conocido

49. Municipio en el que vivió antes de éste

- Siempre ha vivido en este
- Nombre del municipio _____

No se acuerda

50. Migrante

- SI NO
- Regular
- Irregular

Nombre país de origen Colombia

51. Sabe si hay programas de la Alcaldía que lo atiendan

SI NO

¿Cuales? _____

Nombre de quien realiza la encuesta Paola Schibez Lopez

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS. Al proporcionar sus datos personales a través de este formulario, usted otorga su consentimiento para que se recojan, almacenen y utilicen de acuerdo con nuestra política de tratamiento de datos. Puede consultarla en la página web de la DTSC en <https://salud.gob.ec>. Sus datos serán utilizados únicamente con fines específicos relacionados con nuestro ejercicio, y no serán compartidos con terceros sin su consentimiento. Además, usted tiene el derecho de acceder, modificar o eliminar sus datos personales en cualquier momento, así como de revocar su consentimiento.

Elaborado por: Observatorio Social de Salud - DTSC
Fecha de elaboración:

Fecha de captura de información: 05-06-25

Institución que realiza la captura de información: Ese San Antonio de marmato

Ubicación

1. Nombre del Municipio Marmato
2. Sector en el que permanece con mayor frecuencia 100 pesos
3005466382
4. Teléfono
5. Afiliación a EPS: NO ¿Cuál? salud total

Identificación del entrevistado

6. Tiene o ha tenido documento de identificación NO
7. Tipo de documento de identidad CC TI RC CN CE SC PA AS MS PEP
8. Número de identificación 1060588596
9. Proporciona información de identificación informarlo NO
10. 1er. Nombre Milton
11. 2do. Nombre
12. 1er. Apellido Alarcón
13. 2do. Apellido
14. Años cumplidos 32
15. Fecha de Nacimiento 08-09-1993
16. Sexo*: Hombre Interssexual Mujer Por observación
17. Con cuál género* se identifica? Masculino Femenino Mujer Transgénero Hombre Transgénero No binario Otro ¿Cuál? _____ No informa
18. Cual es su orientación Sexual*: Heterosexual Homosexual Bisexual Otro ¿Cuál? _____ No informa
19. Tiene usted una discapacidad? SI NO ¿Cuál? _____

CC Cédula de ciudadanía
TI Tarjeta de identidad
RC Registro Civil de nacimiento
CN Certificado de Nacido Vivo
CE Cédula de extranjería
SC Salvoconducto
PA Pasaporte
AS Adulto sin identificación
MS Menor sin identificación
PEP Permiso Especial de Permanencia

20. De acuerdo a su cultura, pueblo o rasgo, usted se reconoce como:

- Indígena
- Raizal
- Afrocolombiano

- Rom Gitano
- Palenquero
- Ninguna de las anteriores ¿Cuál? _____

Hábitos de vida y acceso a vivienda

21. Señale si usted actualmente vive en un espacio

- Propio (casa, apartamento, bodega, casa, lote entre otros, del que es propietario o tiene tenencia)
- Arrendado o alquilado (por intervalos de tiempo distintos como meses, semanas, días, noches)

- De propiedad de familiares, amistades o conocidos
- Servicio Social de Alojamiento temporal o permanente*

22. De los siguientes factores, cuál cree que tiene mayor impacto en su vida actualmente: (Seleccione una sola respuesta)

- No tiene acceso a ningún espacio distinto a la calle
- Falta de trabajo o de fuente de ingresos
- Falta de acceso y/o tratamiento para temas de salud
- Es víctima de algún tipo de violencia
- Otro, cuál _____
- Falta de redes o grupos de familiares, amigos, conocidos o instituciones que le brinden apoyo
- Estigma y discriminación que dificulta la participación en redes afectivas, laborales de protección, entre otras
- Tiene ingresos pero son insuficientes para vivir como quisiera

23.Cuál es su principal motivo para estar con mayor frecuencia en la calle: seleccione una opción

- No tener ingresos fijos
- No tiene redes que le apoyen para vivir de forma diferente
- No tiene acceso a servicios de atención que le permitan cambiar sus condiciones.
- Otro, cuál _____
- Tiene ingresos pero son insuficientes
- La oferta de vivienda que existe tiene precios superiores a sus ingresos*
- No cree que pueda vivir de otra forma

24. Hace cuánto tiempo hace de la calle el escenario propio para su supervivencia

- Menos de un mes
- Entre 4 meses* y hasta 1 año
- Entre 1 mes y 3 meses
- Más de 1 año

25. ¿Cuáles son las dos principales razones para que se encuentre la mayor parte del tiempo en calle ?

- Conflictos de convivencia con familiares o personas con las que vivía
- El dinero que gana no alcanzaba para pagar un lugar en el que vivir
- Violencia de pareja
- Pérdida de fuente de ingresos o trabajo
- El conflicto armado
- Egreso de una institución penitenciaria o de reclusión
- Ser migrante sin redes de apoyo
- Abuso sexual
- Otro, cuál _____
- Violencia intrafamiliar
- Desalojo o pérdida de vivienda
- Un problema de salud físico o mental
- Egreso de un servicio de protección
- Consumo problemático de sustancias psicoactivas (afectaba sus relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio, otros)
- La pandemia ocasionada por coronavirus COVID19
- Había estado en situación de calle previamente y volvió a estarlo actualmente
- Por voluntad propia

Integración social

26. Actualmente se encuentra en contacto con

- Familiares*
- Amigos o conocidos
- Instituciones
- Otros

Frecuencia

- Diario
- Al menos una vez al mes
- Semanal
- Mas de una vez al mes

- Al menos una vez cada seis meses Al menos una vez al año

27. En el último mes, el lugar donde usted duerme o vive lo compartió con: (Puede seleccionar varias respuestas)

- Con familiares (padres o padrastros, sus hijos y/o hijastros, sus hermanos/ hermanastros, otros familiares) Su pareja
- Amigos Otras personas. Cuales _____
- Nadie

28. De las siguientes actividades seleccione las dos a las que dedica mayor cantidad de tiempo en el día:

- Generar ingresos Asistir a servicios sociales
- Educación/ cultura Actividades para el autocuidado (alimentarse, buscar en donde asearse y/o dormir)
- Deporte y/o actividades recreativas Consumir o estar bajo efecto de Sustancias Psicoactivas SPA
- Asistir a servicios de salud Otro, cuál _____
- Vecinos, conocidos o familiares Servicios sociales y de salud

29. En el último mes, cuando tuvo las siguientes necesidades acudió con mayor frecuencia a: (seleccione una respuesta por fila)

Ninguna

Necesidades:

- Alimentos Recreación
- Dinero Dormitorio
- Asearse Salud

30. ¿Sabe leer y escribir?

SI NO

31. El último nivel educativo que estudió fue:

- Ninguno Preescolar
- Básica primaria completa Básica primaria Incompleta
- Básica secundaria completa Básica secundaria incompleta
- Media académica / Media técnica completa Media académica / Media técnica incompleta
- Normalista Superior (universitaria)
- Postgrado Sin información

32. ¿En los últimos 30 días ha sufrido uno de las siguientes situaciones de afectación a su integridad?

SITUACIONES

- Violencia interpersonal (agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño)
- Violencia sexual
- Violencia física
- Violencia psicológica (verbal, emocional)
- Lesiones por eventos de transporte
- Lesiones accidentales
- Mendicidad obligada (coacción)
- Intercambio de sexo por dinero, protección o drogas
- Violencia entre familiares
- Violencia contra niños, niñas y adolescentes
- Violencia de pareja
- Violencia entre otros familiares
- Violencia al adulto mayor
- Ninguna

33. ¿Denunció estas situaciones?

SI NO ¿Cuál? _____

34. ¿Le brindaron información para acceder a la ruta de atención cuando denunció?

SI NO

35. Su principal fuente de ingreso es: (seleccione una respuesta)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Actividades de mecánica, carpintería, construcción o similares | <input type="checkbox"/> Aseo/limpieza |
| <input type="checkbox"/> Ventas informales | <input type="checkbox"/> Limpiando vidrios, cuidando carros, tocando llantas o similares |
| <input type="checkbox"/> Cantando, haciendo malabares, cuertería, artesanía o similares | <input type="checkbox"/> Recogiendo y vendiendo material reciclable |
| <input type="checkbox"/> Dinero que recibe de la familia o redes de apoyo | <input type="checkbox"/> Actividades relacionadas con comercio o distribución de sustancias psicoactivas |
| <input type="checkbox"/> Actividades sexuales pagadas | <input type="checkbox"/> Otro, cual <u>la minería</u> |

Condiciones de salud

36. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud física que requieren atención

- SI NO ~~NINGUNA~~

37. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud mental que requieren atención

- SI NO

SITUACIONES

ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO

- | | | |
|--|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sistema digestivo (diarrea, vómito) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Sistema respiratorio (tos frecuente, dificultad respiratoria, gripa, asma, EPOC) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Afecciones de piel (úlceras, flebitis, granos, caranchos, ladicillas, piojos) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Sistema cardiovascular (úlceras varicosas, problemas del corazón, soplos, hipertensión) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Afecciones vías urinarias (ardor para orinar) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión sexual (venéreas) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Sífilis, Gonorrea | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Depresión, ansiedad u otra enfermedad mental | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Intento de suicidio | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Sobredosis | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Como consecuencia de una lesión por accidente | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Como consecuencia de una lesión por violencias | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Problemas odontológicos | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Eventos relacionados con la gestación | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores | | |
| <input type="checkbox"/> Otro, cuál _____ | | |

38. En el último mes, tuvo un problema grave de salud, o alguien le manifestó preocupación por situaciones de su salud relacionadas con:

39. Qué hizo cuando se presentó el problema de salud más grave? (en caso de que haya realizado más de una de las posibilidades listadas, señale las dos que más utilizó)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Se cuidó solo | <input type="checkbox"/> Pidió ayuda a un familiar o amigo |
| <input type="checkbox"/> Fue a una farmacia | <input checked="" type="checkbox"/> Fue a hospital o centro de salud |
| <input type="checkbox"/> Fue a un servicio de alojamiento | <input type="checkbox"/> Fue donde una autoridad indígena espiritual (taita o chaman) |
| <input type="checkbox"/> Fue donde una persona reconocida como sanador que no es profesional de salud | <input type="checkbox"/> Nada |

40. Tiene usted alguna dificultad para realizar las siguientes actividades (puede seleccionar varias respuestas)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oír la voz o los sonidos | <input type="checkbox"/> Hablar o conversar |
| <input type="checkbox"/> Ver de cerca, de lejos o alrededor | <input type="checkbox"/> Mover el cuerpo, caminar |
| <input type="checkbox"/> Agarrar o mover objetos con las manos | <input type="checkbox"/> Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a) |

- Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)
- Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardíacos, respiratorios

Relacionarse o interactuar con las demás personas

41. Consume actualmente Sustancias Psicoactivas SPA?

SI NO

42. Qué tipo de tratamiento (atención en salud) ha recibido para el consumo de SPA

- Ninguno
- Residencial-cerrado-internado
- Hospital día

- Consulta externa
- Ambulatorio-abierto
- Hospital noche

43. Ha tenido sobredosis por consumo de drogas en el último año?

SI NO

44. Recibió tratamiento por la sobredosis?

SI NO

45. Frente a la inyección de drogas

- Nunca me he inyectado drogas
- He compartido material de inyección

- Me he inyectado drogas alguna vez en la vida
- He recibido KITS o jeringas de la secretaria de salud

46. Cuáles son las dos principales sustancias que ha consumido en los últimos tres meses, cuál es la vía de administración y la frecuencia de consumo:

SUSTANCIAS

- Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)
- Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)
- Cannabis (marihuana, por, hierba, hachis, etc.)
- Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)
- Estimulantes amfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)
- Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)
- Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)
- Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)
- Otro tipo - especificar*

FORMA DE CONSUMO

Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Con qué frecuencia la consume:

- Una o dos veces
- Semanalmente

- Mensualmente
- Todos o casi todos los días

Otros aspectos relevantes para el territorio

48. Lugar de la entrevista

- Espacio público (Acera, parque, playa, etc.)
- Servicio social
- otro Cual _____

- Dormitorio transitorio (hotel, pago por día, inquilinato, residencia, camarote)
- Vivienda de un familiar o conocido

49. Municipio en el que vivió antes de éste

- Siempre ha vivido en este
- Nombre del municipio _____

No se acuerda

50. Migrante

- SI NO
- Regular
- Irregular

Nombre país de origen Colombia

51. Sabe si hay programas de la Alcaldía que lo atiendan

SI NO

¿Cuales? _____

Nombre de quien realiza la encuesta Rada Sanchez Lopez

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS. Al proporcionar sus datos personales a través de este formulario, usted otorga su consentimiento para que se recojan, almacenen y utilicen de acuerdo con nuestra política de tratamiento de datos. Puede consultarla en la página web de la DTSC en <https://salud.caldas.gov.co/>. Sus datos serán utilizados únicamente con fines específicos relacionados con nuestro ejercicio, y no serán compartidos con terceros sin su consentimiento. Además, usted tiene el derecho de acceder, modificar o eliminar sus datos personales en cualquier momento, así como de revocar su consentimiento.

Elaborado por: Observatorio Social de Salud - DTSC
Fecha de elaboración:

Fecha de captura de información: 05-06-25

Institución que realiza la captura de información: ESE San Antonio de Yarmato

Ubicación

1. Nombre del Municipio Yarmato
2. Sector en el que permanece con mayor frecuencia 100 pesos
- 3205311957
4. Teléfono
5. Afiliación a EPS: SI NO ¿Cuál? _____

Identificación del entrevistado

6. Tiene o ha tenido documento de identificación SI NO
7. Tipo de documento de identidad TI RC CN CE SC PA AS MS PEP
8. Número de identificación 10183149686
9. Proporciona información de identificación informarlo SI NO
10. 1er. Nombre Milton
11. 2do. Nombre Damian
12. 1er. Apellido Isaza
13. 2do. Apellido calte
14. Años cumplidos 29
15. Fecha de Nacimiento 20-08-95

CC Cédula de ciudadanía
TI Tarjeta de identidad
RC Registro Civil de nacimiento
CN Certificado de Nacido Vivo
CE Cédula de extranjería
SC Salvoconducto
PA Pasaporte
AS Adulto sin identificación
MS Menor sin identificación
PEP Permiso Especial de Permanencia

16. Sexo*: Hombre Mujer
 Interssexual Por observación
17. Con cuál género* se identifica? Masculino Femenino
 Mujer Transgénero Hombre Transgénero
 No binario Otro ¿Cuál? _____
 No informa
18. Cual es su orientación Sexual*: Heterosexual Homosexual
 Bisexual Otro ¿Cuál? _____
 No informa
19. Tiene usted una discapacidad? SI NO ¿Cuál? _____

20. De acuerdo a su cultura, pueblo o rasgo, usted se reconoce como:

- Indígena
- Raizal
- Afrocolombiano

- Rom Gitano
- Palenquero
- Ninguna de las anteriores ¿Cuál? _____

Hábitos de vida y acceso a vivienda

21. Señale si usted actualmente vive en un espacio

- Propio (casa, apartamento, bodega, casa, lote entre otros, del que es propietario o tiene tenencia)
- Arrendado o alquilado (por intervalos de tiempo distintos como meses, semanas, días, noches)

- De propiedad de familiares, amistades o conocidos
- Servicio Social de Alojamiento temporal o permanente*

22. De los siguientes factores, cuál cree que tiene mayor impacto en su vida actualmente: (Seleccione una sola respuesta)

- No tiene acceso a ningún espacio distinto a la calle
- Falta de trabajo o de fuente de ingresos
- Falta de acceso y/o tratamiento para temas de salud
- Es víctima de algún tipo de violencia
- Otro, cuál _____
- Falta de redes o grupos de familiares, amigos, conocidos o instituciones que le brinden apoyo
- Estigma y discriminación que dificulta la participación en redes afectivas, laborales de protección, entre otras
- Tiene ingresos pero son insuficientes para vivir como quisiera

23.Cuál es su principal motivo para estar con mayor frecuencia en la calle: seleccione una opción

- No tener ingresos fijos
- No tiene redes que le apoyen para vivir de forma diferente
- No tiene acceso a servicios de atención que le permitan cambiar sus condiciones.
- Otro, cuál _____
- Tiene ingresos pero son insuficientes
- La oferta de vivienda que existe tiene precios superiores a sus ingresos
- No cree que pueda vivir de otra forma

24. Hace cuánto tiempo hace de la calle el escenario propio para su supervivencia

- Menos de un mes
- Entre 4 meses* y hasta 1 año
- Entre 1 mes y 3 meses
- Más de 1 año

25. ¿Cuáles son las dos principales razones para que se encuentre la mayor parte del tiempo en calle ?

- Conflictos de convivencia con familiares o personas con las que vivía
- El dinero que gana no alcanzaba para pagar un lugar en el que vivir
- Violencia de pareja
- Pérdida de fuente de ingresos o trabajo
- El conflicto armado
- Egreso de una institución penitenciaria o de reclusión
- Ser migrante sin redes de apoyo
- Abuso sexual
- Otro, cuál _____
- Violencia intrafamiliar
- Desalojo o pérdida de vivienda
- Un problema de salud físico o mental
- Egreso de un servicio de protección
- Consumo problemático de sustancias psicoactivas (afectaba sus relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio, otros)
- La pandemia ocasionada por coronavirus COVID19
- Había estado en situación de calle previamente y volvió a estarlo actualmente
- Por voluntad propia

Integración social

26. Actualmente se encuentra en contacto con

- Familiares*
- Amigos o conocidos
- Instituciones
- Otros

Frecuencia

- Diario
- Al menos una vez al mes
- Semanal
- Mas de una vez al mes

- Al menos una vez cada seis meses
- Al menos una vez al año

27. En el último mes, el lugar donde usted **duerme** o vive lo compartió con: (Puede seleccionar varias respuestas)

- Con familiares (padres o padrastros, sus hijos y/o hijastros, sus hermanos/ hermanastros, otros familiares)
- Su pareja
- Amigos
- Otras personas. Cuales _____
- Nadie

28. De las siguientes actividades seleccione las dos a las que dedica mayor cantidad de tiempo en el día:

- Generar ingresos
- Asistir a servicios sociales
- Educación/ cultura
- Actividades para el autocuidado (alimentarse, buscar en donde asearse y/o dormir)
- Deporte y/o actividades recreativas
- Consumir o estar bajo efecto de Sustancias Psicoactivas SPA
- Asistir a servicios de salud
- Otro, cual _____
- Vecinos, conocidos o familiares
- Servicios sociales y de salud
- Ninguna

29. En el último mes, cuando tuvo las siguientes necesidades acudió con mayor frecuencia a: (seleccione una respuesta por fila)

- Alimentos
- Recreación
- Dinero
- Dormitorio
- Asearse
- Salud

Necesidades:

30. ¿Sabe leer y escribir?

- SI
- NO

31. El último nivel educativo que estudió fue:

- Ninguno
- Preescolar
- Básica primaria completa
- Básica primaria Incompleta
- Básica secundaria completa
- Básica secundaria incompleta
- Media académica / Media técnica completa
- Media académica / Media técnica incompleta
- Normalista
- Superior (universitaria)
- Postgrado
- Sin información

32. ¿En los últimos 30 días ha sufrido uno de las siguientes situaciones de afectación a su integridad?

SITUACIONES

- Violencia interpersonal (agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño)
- Violencia sexual
- Violencia física
- Violencia psicológica (verbal, emocional)
- Lesiones por eventos de transporte
- Lesiones accidentales
- Mendicidad obligada (coacción)
- Intercambio de sexo por dinero, protección o drogas
- Violencia entre familiares
- Violencia contra niños, niñas y adolescentes
- Violencia de pareja
- Violencia entre otros familiares
- Violencia al adulto mayor
- Ninguna

33. ¿Denunció estas situaciones?

- SI
- NO
- ¿Cuál? _____

34. ¿Le brindaron información para acceder a la ruta de atención cuando denunció?

- SI
- NO

35. Su principal fuente de ingreso es: (seleccione una respuesta)

- Actividades de mecánica, carpintería, construcción o similares
- Aseo/limpieza
- Ventas informales
- Limpiando vidrios, cuidando carros, tocando llantas o similares
- Cantando, haciendo malabares, cuentería, artesanía o similares
- Recogiendo y vendiendo material reciclable
- Dinero que recibe de la familia o redes de apoyo
- Actividades relacionadas con comercio o distribución de sustancias psicoactivas
- Actividades sexuales pagadas
- Otro, cual Mineta

Condiciones de salud

36. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud física que requieren atención

SI NO

NINGUNA

37. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud mental que requieren atención

SI NO

SITUACIONES

ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO

- | | | |
|--|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sistema digestivo (diarrea, vómito) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Sistema respiratorio (tos frecuente, dificultad respiratoria, gripa, asma, EPOC) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Afecciones de piel (úlceras, flebitis, granos, caranchos, ladillas, piojos) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Sistema cardiovascular (úlceras varicosas, problemas del corazón, soplos, hipertensión) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Afecciones vías urinarias (ardor para orinar) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión sexual (venéreas) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Sífilis, Gonorrea | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Depresión, ansiedad u otra enfermedad mental | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Intento de suicidio | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Sobredosis | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Como consecuencia de una lesión por accidente | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Como consecuencia de una lesión por violencias | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Problemas odontológicos | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Eventos relacionados con la gestación | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores | | |
| <input type="checkbox"/> Otro, cuál _____ | | |

38. En el último mes, tuvo un problema grave de salud, o alguien le manifestó preocupación por situaciones de su salud relacionadas con:

39. Qué hizo cuando se presentó el problema de salud más grave? (en caso de que haya realizado más de una de las posibilidades listadas, señale las dos que más utilizó)

- Se cuidó solo
- Pidió ayuda a un familiar o amigo
- Fue a una farmacia
- Fue a hospital o centro de salud
- Fue a un servicio de alojamiento
- Fue donde una autoridad indígena espiritual (taita o chaman)
- Fue donde una persona reconocida como sanador que no es profesional de salud
- Nada

40. Tiene usted alguna dificultad para realizar las siguientes actividades (puede seleccionar varias respuestas)

- Oír la voz o los sonidos
- Hablar o conversar
- Ver de cerca, de lejos o alrededor
- Mover el cuerpo, caminar
- Agarrar o mover objetos con las manos
- Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)

- Comer, vestirse o bañarse por si mismo(a)
- Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos, respiratorios

Relacionarse o interactuar con las demás personas

41. Consume actualmente Sustancias Psicoactivas SPA?

SI NO

42. Qué tipo de tratamiento (atención en salud) ha recibido para el consumo de SPA

- Ninguno
- Residencial-cerrado-internado
- Hospital día

- Consulta externa
- Ambulatorio-abierto
- Hospital noche

43. Ha tenido sobredosis por consumo de drogas en el último año?

SI NO

44. Recibió tratamiento por la sobredosis?

SI NO

45. Frente a la inyección de drogas

- Nunca me he inyectado drogas
- He compartido material de inyección

- Me he inyectado drogas alguna vez en la vida
- He recibido KITS o jeringas de la secretaria de salud

46. Cuáles son las dos principales sustancias que ha consumido en los últimos tres meses, cuál es la vía de administración y la frecuencia de consumo:

SUSTANCIAS

- Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)
- Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)
- Cannabis (marihuana, por, hierba, hachis, etc.)
- Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)
- Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)
- Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)
- Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)
- Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)
- Otro tipo - especificar

FORMA DE CONSUMO

Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?
Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?
<input checked="" type="checkbox"/>	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?
<input checked="" type="checkbox"/>	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?
Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?
Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?
Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?
Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?
Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?

47. Con que frecuencia la consume:

- Una o dos veces
- Semanalmente

- Mensualmente
- Todos o casi todos los días

Otros aspectos relevantes para el territorio

48. Lugar de la entrevista

- Espacio público (Acera, parque, playa, etc.)
- Servicio social
- otro Cual _____

- Dormitorio transitorio (hotel, pago por día, inquilinato, residencia, camarote)
- Vivienda de un familiar o conocido

49. Municipio en el que vivió antes de éste

- Siempre ha vivido en este
- Nombre del municipio medellin

No se acuerda

50. Migrante

- SI NO
- Regular
- Irregular

Nombre país de origen Colombia

51. Sabe si hay programas de la Alcaldía que lo atiendan

SI NO

¿Cuales? _____

Nombre de quien realiza la encuesta Paola Sánchez López

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS. Al proporcionar sus datos personales a través de este formulario, usted otorga su consentimiento para que se recojan, almacenen y utilicen de acuerdo con nuestra política de tratamiento de datos. Puede consultarla en la página web de la DTSC en <https://sa.luzdelcaldas.gov.co/>. Sus datos serán utilizados únicamente con fines específicos relacionados con nuestro ejercicio, y no serán compartidos con terceros sin su consentimiento. Además, usted tiene el derecho de acceder, modificar o eliminar sus datos personales en cualquier momento, así como de revocar su consentimiento.

Elaborado por: **Observatorio Social de Salud - DTSC**
Fecha de elaboración:

20. De acuerdo a su cultura, pueblo o rasgo, usted se reconoce como:

- Indígena
- Raizal
- Afrocolombiano

- Rom Gitano
- Palenquero
- Ninguna de las anteriores ¿Cuál? _____

Hábitos de vida y acceso a vivienda

21. Señale si usted actualmente vive en un espacio

- Propio (casa, apartamento, bodega, casa, lote entre otros, del que es propietario o tiene tenencia)
- Arrendado o alquilado (por intervalos de tiempo distintos como meses, semanas, días, noches)

22. De los siguientes factores, cuál cree que tiene mayor impacto en su vida actualmente: (Seleccione una sola respuesta)

- De propiedad de familiares, amistades o conocidos
- Servicio Social de Alojamiento temporal o permanente*
- No tiene acceso a ningún espacio distinto a la calle
- Falta de trabajo o de fuente de ingresos
- Falta de redes o grupos de familiares, amigos, conocidos o instituciones que le brinden apoyo
- Falta de acceso y/o tratamiento para temas de salud
- Estigma y discriminación que dificulta la participación en redes afectivas, laborales de protección, entre otras
- Es víctima de algún tipo de violencia
- Tiene ingresos pero son insuficientes para vivir como quisiera
- Otro, cuál _____

23.Cuál es su principal motivo para estar con mayor frecuencia en la calle: seleccione una opción

- No tener ingresos fijos
- Tiene ingresos pero son insuficientes
- No tiene redes que le apoyen para vivir de forma diferente
- La oferta de vivienda que existe tiene precios superiores a sus ingresos
- No tiene acceso a servicios de atención que le permitan cambiar sus condiciones.
- No cree que pueda vivir de otra forma
- Otro, cuál _____

24. Hace cuánto tiempo hace de la calle el escenario propio para su supervivencia

- Menos de un mes
- Entre 1 mes y 3 meses
- Entre 4 meses* y hasta 1 año
- Más de 1 año

25. ¿Cuáles son las dos principales razones para que se encuentre la mayor parte del tiempo en calle ?

- Conflictos de convivencia con familiares o personas con las que vivía
- El dinero que gana no alcanzaba para pagar un lugar en el que vivir
- Violencia de pareja
- Pérdida de fuente de ingresos o trabajo
- Violencia intrafamiliar
- El conflicto armado
- Egreso de una institución penitenciaria o de reclusión
- Ser migrante sin redes de apoyo
- Abuso sexual
- Otro, cuál _____
- Desalojo o pérdida de vivienda
- Un problema de salud físico o mental
- Egreso de un servicio de protección
- Consumo problemático de sustancias psicoactivas (afectaba sus relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio, otros)
- La pandemia ocasionada por coronavirus COVID19
- Había estado en situación de calle previamente y volvió a estarlo actualmente
- Por voluntad propia

Integración social

26. Actualmente se encuentra en contacto con

- Familiares*
- Amigos o conocidos
- Instituciones
- Otros

Frecuencia

- Diario
- Semanal
- Al menos una vez al mes
- Mas de una vez al mes

- Al menos una vez cada seis meses
- Al menos una vez al año

27. En el último mes, el lugar donde usted duerme o vive lo compartió con: (Puede seleccionar varias respuestas)

- Con familiares (padres o padrastros, sus hijos y/o hijastros, sus hermanos/hermanastros, otros familiares)
- Amigos
- Nadie
- Su pareja
- Otras personas. Cuales _____

28. De las siguientes actividades seleccione las dos a las que dedica mayor cantidad de tiempo en el día:

- Generar ingresos
- Educación/ cultura
- Deporte y/o actividades recreativas
- Asistir a servicios de salud
- Vecinos, conocidos o familiares
- Ninguna
- Asistir a servicios sociales
- Actividades para el autocuidado (alimentarse, buscar en donde asearse y/o dormir)
- Consumir o estar bajo efecto de Sustancias Psicoactivas SPA
- Otro, cuál _____
- Servicios sociales y de salud

29. En el último mes, cuando tuvo las siguientes necesidades acudió con mayor frecuencia a: (seleccione una respuesta por fila)

- Alimentos
- Dinero
- Asearse
- Recreación
- Dormitorio
- Salud

Necesidades:

30. ¿Sabe leer y escribir?

- SI
- NO

31. El último nivel educativo que estudió fue:

- Ninguno
- Básica primaria completa
- Básica secundaria completa
- Media académica / Media técnica completa
- Normalista
- Postgrado
- Preescolar
- Básica primaria Incompleta
- Básica secundaria incompleta
- Media académica / Media técnica incompleta
- Superior (universitaria)
- Sin información

32. ¿En los últimos 30 días ha sufrido uno de las siguientes situaciones de afectación a su integridad?

SITUACIONES

- Violencia interpersonal (agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño)
- Violencia sexual
- Violencia física
- Violencia psicológica (verbal, emocional)
- Lesiones por eventos de transporte
- Lesiones accidentales
- Mendicidad obligada (coacción)
- Intercambio de sexo por dinero, protección o drogas
- Violencia entre familiares
- Violencia contra niños, niñas y adolescentes
- Violencia de pareja
- Violencia entre otros familiares
- Violencia al adulto mayor
- Ninguna

33. ¿Denunció estas situaciones?

- SI
- NO

¿Cuál? _____

34. ¿Le brindaron información para acceder a la ruta de atención cuando denunció?

- SI
- NO

35. Su principal fuente de ingreso es: (seleccione una respuesta)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Actividades de mecánica, carpintería, construcción o similares | <input type="checkbox"/> Aseo/limpieza |
| <input type="checkbox"/> Ventas informales | <input type="checkbox"/> Limpiando vidrios, cuidando carros, tocando llantas o similares |
| <input type="checkbox"/> Cantando, haciendo malabares, cuentería, artesanía o similares | <input type="checkbox"/> Recogiendo y vendiendo material reciclable |
| <input type="checkbox"/> Dinero que recibe de la familia o redes de apoyo | <input type="checkbox"/> Actividades relacionadas con comercio o distribución de sustancias psicoactivas |
| <input type="checkbox"/> Actividades sexuales pagadas | <input type="checkbox"/> Otro, cual <u>MINERIA</u> |

Condiciones de salud

36. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud física que requieren atención

SI NO

NINGUNA

37. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud mental que requieren atención

SI NO

SITUACIONES

ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO

- | | | |
|--|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sistema digestivo (diarrea, vómito) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Sistema respiratorio (tos frecuente, dificultad respiratoria, gripa, asma, EPOC) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Afecciones de piel (úlceras, flebitis, granos, caranchos, ladillas, piojos) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Sistema cardiovascular (úlceras varicosas, problemas del corazón, soplos, hipertensión) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Afecciones vías urinarias (ardor para orinar) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión sexual (venéreas) | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Sífilis, Gonorrea | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Depresión, ansiedad u otra enfermedad mental | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Intento de suicidio | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Sobredosis | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Como consecuencia de una lesión por accidente | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Como consecuencia de una lesión por violencias | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Problemas odontológicos | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Eventos relacionados con la gestación | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NA |
| <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores | | |
| <input type="checkbox"/> Otro, cuál _____ | | |

38. En el último mes, tuvo un problema grave de salud, o alguien le manifestó preocupación por situaciones de su salud relacionadas con:

39. Qué hizo cuando se presentó el problema de salud más grave? (en caso de que haya realizado más de una de las posibilidades listadas, señale las dos que más utilizó)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Se cuidó solo | <input type="checkbox"/> Pidió ayuda a un familiar o amigo |
| <input type="checkbox"/> Fue a una farmacia | <input checked="" type="checkbox"/> Fue a hospital o centro de salud |
| <input type="checkbox"/> Fue a un servicio de alojamiento | <input type="checkbox"/> Fue donde una autoridad indígena espiritual (taita o chaman) |
| <input type="checkbox"/> Fue donde una persona reconocida como sanador que no es profesional de salud | <input type="checkbox"/> Nada |

40. Tiene usted alguna dificultad para realizar las siguientes actividades (puede seleccionar varias respuestas)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oír la voz o los sonidos | <input type="checkbox"/> Hablar o conversar |
| <input type="checkbox"/> Ver de cerca, de lejos o alrededor | <input type="checkbox"/> Mover el cuerpo, caminar |
| <input type="checkbox"/> Agarrar o mover objetos con las manos | <input type="checkbox"/> Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a) |

- Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)
- Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardíacos, respiratorios

Relacionarse o interactuar con las demás personas

41. Consume actualmente Sustancias Psicoactivas SPA?

SI NO

42. Qué tipo de tratamiento (atención en salud) ha recibido para el consumo de SPA

- Ninguno
- Residencial-cerrado-internado
- Hospital día

- Consulta externa
- Ambulatorio-abierto
- Hospital noche

43. Ha tenido sobredosis por consumo de drogas en el último año?

SI NO

44. Recibió tratamiento por la sobredosis?

SI NO

45. Frente a la inyección de drogas

- Nunca me he inyectado drogas
- He compartido material de inyección

- Me he inyectado drogas alguna vez en la vida
- He recibido KITS o jeringas de la secretaría de salud

46. Cuáles son las dos principales sustancias que ha consumido en los últimos tres meses, cuál es la vía de administración y la frecuencia de consumo:

SUSTANCIAS

- Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)
- Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)
- Cannabis (marihuana, por, hierba, hachís, etc.)
- Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)
- Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)
- Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)
- Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)
- Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)
- Otro tipo - especificar*

FORMA DE CONSUMO

Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Con que frecuencia la consume:

- Una o dos veces
- Semanalmente

- Mensualmente
- Todos o casi todos los días

Otros aspectos relevantes para el territorio

48. Lugar de la entrevista

- Espacio público (Acera, parque, playa, etc.)
- Servicio social
- otro Cual _____

- Dormitorio transitorio (hotel, pago por día, inquilinato, residencia, camarote)
- Vivienda de un familiar o conocido

49. Municipio en el que vivió antes de éste

- Siempre ha vivido en este
- Nombre del municipio _____

No se acuerda

50. Migrante

- SI NO
- Regular
- Irregular

Nombre país de origen Colombia

51. Sabe si hay programas de la Alcaldía que lo atiendan

SI NO

¿Cuales? _____

Nombre de quien realiza la encuesta Paola Sánchez López

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS. Al proporcionar sus datos personales a través de este formulario, usted otorga su consentimiento para que se recojan, almacenen y utilicen de acuerdo con nuestra política de tratamiento de datos. Puede consultarla en la página web de la DTSC en <https://salud.gob.ec>. Sus datos serán utilizados únicamente con fines específicos relacionados con nuestro ejercicio, y no serán compartidos con terceros sin su consentimiento. Además, usted tiene el derecho de acceder, modificar o eliminar sus datos personales en cualquier momento, así como de revocar su consentimiento.

Elaborado por: Observatorio Social de Salud - DTSC
Fecha de elaboración:



DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD
Proceso Gestión de Asistencia Técnica
Procedimiento Asesoría y Acompañamiento
Instrumento Habitante en Riesgo de Calle

Versión: 01
Código: F009-P02-AT
Fecha: 2024-10-23

Fecha de captura de información: 05-06-2025

Institución que realiza la captura de información: ESC San Antonio de Marmato

Ubicación

1. Nombre del Municipio marmato
2. Sector en el que permanece con mayor frecuencia los posos
3. Dirección de residencia el atrio
4. Teléfono 3108903960
5. Afiliación a EPS NO Cual? salud total

Identificación del entrevistado

6. Tipo de documento de identidad TI RC CN CE SC PA AS MS PEP
7. Número de identificación 658230315
8. Proporciona información de identificación informarlo NO
9. 1er. Nombre Yatson
10. 2do. Nombre David
11. 1er. Apellido Romero
12. 2do. Apellido Castro
13. Años cumplidos 30
14. Fecha de Nacimiento 28-03-95

CC Cédula de ciudadanía
TI Tarjeta de identidad
RC Registro Civil de nacimiento
CN Certificado de Nacido Vivo
CE Cédula de extranjería
SC Salvoconducto
PA Pasaporte
AS Adulto sin identificación
MS Menor sin identificación
PEP Permiso Especial de Permanencia

15. Sexo*: Hombre Mujer
 Intersexual Por observación
16. Con cuál género* se identifica? Masculino Femenino
 Mujer Transgénero Hombre Transgénero
 No binario Otro
 No informa
17. Cual es su orientación Sexual*: Heterosexual Homosexual
 Bisexual Otro, cuál _____
 No informa

18. Tiene usted una discapacidad?

 SI NO

Cual? _____

19. De acuerdo a su cultura, pueblo o rasgo, usted se reconoce como:

 Indígena Rom Gitano Raizal Palenquero Afrocolombiano Ninguna de las anteriores

Hábitos de vida y acceso a vivienda

20. Señale si usted actualmente vive en un espacio

 Propio (casa, apartamento, bodega, casalote entre otros, del que es propietario o tiene tenencia) Arrendado o alquilado (por intervalos de tiempo distintos como meses, semanas, días, noches) De propiedad de familiares, amistades o conocidos Servicio Social de Alojamiento temporal o permanente*

21. De los siguientes factores, cuál cree que tiene mayor impacto en su vida actualmente: (Seleccione una sola respuesta)

 Falta de trabajo o de fuente de ingresos Falta de redes o grupos de familiares, amigos, conocidos o instituciones que le brinden apoyo Falta de acceso y/o tratamiento para temas de salud Estigma y discriminación que dificulta la participación en redes afectivas, laborales de protección, entre otras Es víctima de algún tipo de violencia Tiene ingresos pero son insuficientes para vivir como quisiera Otro, cuál _____

22. ¿Cuales de las siguientes situaciones se presentan en su cotidianidad actualmente?

 Conflictos de convivencia con familiares o personas con las que vivía Violencia intrafamiliar Desalojo o pérdida de vivienda Violencia de pareja Un problema de salud físico o mental Pérdida de fuente de ingresos o trabajo Egreso de un servicio de protección El conflicto armado Consumo problemático de sustancias psicoactivas (afectaba sus relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio, otros) Egreso de una institución penitenciaria o de reclusión Es migrante sin redes de apoyo Ha presentado antecedentes de habitanza de calle Abuso sexual Empleo del tiempo libre en actividades no productiva Otro, cuál _____

Integración social

23. Actualmente se encuentra en contacto con

 Familiares* Instituciones Amigos o conocidos Otros

Frecuencia

 Diario Semanal Al menos una vez al mes Mas de una vez al mes Al menos una vez cada seis meses Al menos una vez al año

24. En el último mes, el lugar donde usted duerme o vive lo compartió con: (Puede seleccionar varias respuestas)

 Con familiares (padres o padrastros, sus hijos y/o hijastros, sus hermanos/ hermanastros, otros familiares) Su pareja Amigos Otras personas. Cuales _____

25. De las siguientes actividades seleccione las dos a las que dedica mayor cantidad de tiempo en el día:
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nadie | <input checked="" type="checkbox"/> Generar ingresos | <input type="checkbox"/> Asistir a servicios sociales |
| <input type="checkbox"/> Educación/ cultura | <input type="checkbox"/> Consumir o estar bajo efecto de Sustancias Psicoactivas SPA | <input type="checkbox"/> Deporte y/o actividades recreativas |
| <input type="checkbox"/> Otro, cuál _____ | | <input type="checkbox"/> Asistir a servicios de salud |

26. En el último mes, cuando tuvo las siguientes necesidades acudió con mayor frecuencia a: (seleccione una respuesta por fila)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vecinos, conocidos o familiares | <input type="checkbox"/> Servicios sociales y de salud |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna | |

- Necesidades:
- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Alimentos | <input type="checkbox"/> Recreación |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dinero | <input type="checkbox"/> Dormitorio |
| <input type="checkbox"/> Asearse | <input type="checkbox"/> Salud |

27. ¿Sabe leer y escribir?
- SI NO

28. El último nivel educativo que estudió fue:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Preescolar |
| <input type="checkbox"/> Básica primaria completa | <input type="checkbox"/> Básica primaria Incompleta |
| <input type="checkbox"/> Básica secundaria completa | <input checked="" type="checkbox"/> Básica secundaria incompleta |
| <input type="checkbox"/> Media académica / Media técnica completa | <input type="checkbox"/> Media académica / Media técnica incompleta |
| <input type="checkbox"/> Normalista | <input type="checkbox"/> Superior (universitaria) |
| <input type="checkbox"/> Postgrado | <input type="checkbox"/> Sin información |

29. ¿En los últimos 30 días ha sufrido uno de las siguientes situaciones de afectación a su integridad?

SITUACIONES

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Violencia interpersonal (agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño) |
| <input type="checkbox"/> Violencia sexual |
| <input type="checkbox"/> Violencia física |
| <input type="checkbox"/> Violencia psicológica (verbal, emocional) |
| <input type="checkbox"/> Lesiones por eventos de transporte |
| <input type="checkbox"/> Lesiones accidentales |
| <input type="checkbox"/> Mendicidad obligada (coacción) |
| <input type="checkbox"/> Intercambio de sexo por dinero, protección o drogas |
| <input type="checkbox"/> Violencia entre familiares |
| <input type="checkbox"/> Violencia contra niños, niñas y adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Violencia de pareja |
| <input type="checkbox"/> Violencia entre otros familiares |
| <input type="checkbox"/> Violencia al adulto mayor |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna |

30. ¿Denunció estas situaciones?

 SI NO

¿Cuál? _____

31. ¿Le brindaron información para acceder a la ruta de atención cuando denunció?

 SI NO

32. Su principal fuente de ingreso es: (seleccione una respuesta)

Trabajo informal

Dinero que recibe de la familia o redes de apoyo

Actividades relacionadas con comercio o distribución de sustancias psicoactivas

Actividades sexuales pagadas

Otro, cuál _____

Condiciones de salud

33. Usted cree que actualmente tiene

Problemas de salud física que requieren atención

 SI NO

Problemas de salud mental que requieren atención

 SI NO

NINGUNA

34. En el último mes, tuvo un problema grave de salud, o alguien le manifestó preocupación por situaciones de su salud relacionadas con:

SITUACIONES

Sistema digestivo (diarrea, vómito)

Sistema respiratorio (tos frecuente, dificultad respiratoria, gripa, asma, EPOC)

Tuberculosis

Afecciones de piel (úlceras, flebitis, granos, caranchos, ladillas, piojos)

Sistema cardiovascular (úlceras varicosas, problemas del corazón, soplos, hipertensión)

Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos)

Afecciones vías urinarias (ardor para orinar)

Infecciones de Transmisión sexual (venéreas)

Sífilis, Gonorrea

Hepatitis

VIH

Depresión, ansiedad u otra enfermedad mental

Intento de suicidio

Consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA

Sobredosis

Convulsiones

Como consecuencia de una lesión por accidente

Como consecuencia de una lesión por violencias

Problemas odontológicos

Eventos relacionados con la gestación

Ninguna de las anteriores

Otro, cuál _____

ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO

 SI NO

35. Qué hizo cuando se presentó el problema de salud más grave? (en caso de que haya realizado más de una de las posibilidades listadas, señale las dos que más utilizó)

- Se cuidó solo
- Fue a una farmacia
- Fue a un servicio de alojamiento
- Fue donde una persona reconocida como sanador que no es profesional de salud

- Pidió ayuda a un familiar o amigo
- Fue a hospital o centro de salud
- Fue donde una autoridad indígena espiritual (taita o chaman)
- Nada

36. Tiene usted alguna dificultad para realizar las siguientes actividades (puede seleccionar varias respuestas)

- Oír la voz o los sonidos
- Ver de cerca, de lejos o alrededor
- Agarrar o mover objetos con las manos
- Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)
- Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardíacos, respiratorios

- Hablar o conversar
- Mover el cuerpo, caminar
- Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)
- Relacionarse o interactuar con las demás personas
- Ninguna de las anteriores

37. Consume actualmente Sustancias Psicoactivas SPA?

- SI
- NO

38. Qué tipo de tratamiento (atención en salud) ha recibido para el consumo de SPA

- Ninguno
- Residencial-cerrado-internado
- Hospital día

- Consulta externa
- Ambulatorio-abierto
- Hospital noche

39. Ha tenido sobredosis por consumo de drogas en el último año?

- SI
- NO

40. Recibió tratamiento por la sobredosis?

- SI
- NO

41. Cuáles son las dos principales sustancias que ha consumido en los últimos tres meses, cuál es la vía de administración y la frecuencia de consumo:

SUSTANCIAS

- Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)
- Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)
- Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)
- Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)
- Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)
- Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)
- Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)
- Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)
- Otro tipo - especificar*

FORMA DE CONSUMO

Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Con que frecuencia la consume:

- Una o dos veces
- Semanalmente

- Mensualmente
- Todos o casi todos los días

Otros aspectos relevantes para el territorio

43. Lugar de la entrevista

- Espacio público (Acera, parque, playa, etc.)

- Dormitorio transitorio (hotel, pago por día, inquilinato, residencia, camarote)

Servicio social

Vivienda de un familiar o conocido

otro Cual -en la calle

44. Municipio en el que vivió antes de éste

Siempre ha vivido en este

No se acuerda

Nombre del municipio

45. Migrante

SI NO

Regular

Irregular

Nombre país de origen Colombia

46. Se encuentra inscrito en algun programa de la Alcaldía

SI

NO

47. Cual es el programa _____

Nombre de quien realiza la encuesta Pablo Sanchez Liper

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS. Al proporcionar sus datos personales a través de este formulario, usted otorga su consentimiento para que se recojan, almacenen y utilicen de acuerdo con nuestra política de tratamiento de datos. Puede consultarla en la página web de la DTSC en <https://saluddecaldas.gov.co/>. Sus datos serán utilizados únicamente con fines específicos relacionados con nuestro ejercicio, y no serán compartidos con terceros sin su consentimiento. Además, usted tiene el derecho de acceder, modificar o eliminar sus datos personales en cualquier momento, así como de revocar su consentimiento.

Fecha de captura de información: 05-06-23

 Institución que realiza la captura de información: Ese San Antonio de Marmato

Ubicación

1. Nombre del Municipio marmato
2. Sector en el que permanece con mayor frecuencia El Relleno
3. Teléfono 3018567992
4. Teléfono
5. Afiliación a EPS: SI NO ¿Cuál? salud total

Identificación del entrevistado

6. Tiene o ha tenido documento de identificación SI NO
7. Tipo de documento de identidad CC TI RC CN CE SC PA AS MS PEP
8. Número de identificación 1028283820
9. Proporciona información de identificación informarlo SI NO
10. 1er. Nombre John
11. 2do. Nombre Alfonso
12. 1er. Apellido Acosta
13. 2do. Apellido Agudelo
14. Años cumplidos 35
15. Fecha de Nacimiento 15-05-1990
16. Sexo*: Hombre Interssexual Mujer Por observación
17. Con cuál género* se identifica? Masculino Femenino Mujer Transgénero Hombre Transgénero No binario Otro ¿Cuál? _____ No informa
18. Cual es su orientación Sexual*: Heterosexual Homosexual Bisexual Otro ¿Cuál? _____ No informa
19. Tiene usted una discapacidad? SI NO ¿Cuál? _____

CC Cédula de ciudadanía
 TI Tarjeta de identidad
 RC Registro Civil de nacimiento
 CN Certificado de Nacido Vivo
 CE Cédula de extranjería
 SC Salvoconducto
 PA Pasaporte
 AS Adulto sin identificación
 MS Menor sin identificación
 PEP Permiso Especial de Permanencia

20. De acuerdo a su cultura, pueblo o rasgo, usted se reconoce como:

- Indígena
- Raizal
- Afrocolombiano

- Rom Gitano
- Palenquero
- Ninguna de las anteriores ¿Cuál? _____

Hábitos de vida y acceso a vivienda

21. Señale si usted actualmente vive en un espacio

- Propio (casa, apartamento, bodega, casa, lote entre otros, del que es propietario o tiene tenencia)
- Arrendado o alquilado (por intervalos de tiempo distintos como meses, semanas, días, noches)

22. De los siguientes factores, cuál cree que tiene mayor impacto en su vida actualmente: (Seleccione una sola respuesta)

- De propiedad de familiares, amistades o conocidos
- Servicio Social de Alojamiento temporal o permanente*
- No tiene acceso a ningún espacio distinto a la calle
- Falta de redes o grupos de familiares, amigos, conocidos o instituciones que le brinden apoyo
- Falta de trabajo o de fuente de ingresos
- Estigma y discriminación que dificulta la participación en redes afectivas, laborales de protección, entre otras
- Falta de acceso y/o tratamiento para temas de salud
- Tiene ingresos pero son insuficientes para vivir como quisiera
- Es víctima de algún tipo de violencia
- Otro, cuál _____

23.Cuál es su principal motivo para estar con mayor frecuencia en la calle: seleccione una opción

- No tener ingresos fijos
- Tiene ingresos pero son insuficientes
- No tiene redes que le apoyen para vivir de forma diferente
- La oferta de vivienda que existe tiene precios superiores a sus ingresos
- No tiene acceso a servicios de atención que le permitan cambiar sus condiciones.
- No cree que pueda vivir de otra forma
- Otro, cuál _____

24. Hace cuánto tiempo hace de la calle el escenario propio para su supervivencia

- Menos de un mes
- Entre 1 mes y 3 meses
- Entre 4 meses* y hasta 1 año
- Más de 1 año

25. ¿Cuáles son las dos principales razones para que se encuentre la mayor parte del tiempo en calle ?

- Conflictos de convivencia con familiares o personas con las que vivía
- Violencia intrafamiliar
- El dinero que gana no alcanzaba para pagar un lugar en el que vivir
- Desalojo o pérdida de vivienda
- Violencia de pareja
- Un problema de salud físico o mental
- Pérdida de fuente de ingresos o trabajo
- Egreso de un servicio de protección
- El conflicto armado
- Consumo problemático de sustancias psicoactivas (afectaba sus relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio, otros)
- Egreso de una institución penitenciaria o de reclusión
- La pandemia ocasionada por coronavirus COVID19
- Ser migrante sin redes de apoyo
- Había estado en situación de calle previamente y volvió a estarlo actualmente
- Abuso sexual
- Por voluntad propia
- Otro, cuál _____

Integración social

26. Actualmente se encuentra en contacto con

- Familiares*
- Instituciones
- Amigos o conocidos
- Otros

Frecuencia

- Diario
- Semanal
- Al menos una vez al mes
- Mas de una vez al mes

35. Su principal fuente de ingreso es: (seleccione una respuesta)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Actividades de mecánica, carpintería, construcción o similares | <input type="checkbox"/> Aseo/limpieza |
| <input type="checkbox"/> Ventas informales | <input type="checkbox"/> Limpiando vidrios, cuidando carros, tocando llantas o similares |
| <input type="checkbox"/> Cantando, haciendo malabares, cuentería, artesanía o similares | <input type="checkbox"/> Recogiendo y vendiendo material reciclable |
| <input type="checkbox"/> Dinero que recibe de la familia o redes de apoyo | <input type="checkbox"/> Actividades relacionadas con comercio o distribución de sustancias psicoactivas |
| <input type="checkbox"/> Actividades sexuales pagadas | <input type="checkbox"/> Otro, cual <u>la minería</u> |

Condiciones de salud

36. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud física que requieren atención

SI NO

NINGUNA

37. Usted cree que actualmente tiene problemas de salud mental que requieren atención

SI NO

38. En el último mes, tuvo un problema grave de salud, o alguien le manifestó preocupación por situaciones de su salud relacionadas con:

SITUACIONES	ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO	
<input type="checkbox"/> Sistema digestivo (diarrea, vómito)	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Sistema respiratorio (tos frecuente, dificultad respiratoria, gripa, asma, EPOC)	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Afecciones de piel (úlceras, flebitis, granos, caranchos, ladillas, piojos)	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Sistema cardiovascular (úlceras varicosas, problemas del corazón, soplos, hipertensión)	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos)	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Afecciones vías urinarias (ardor para orinar)	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión sexual (venéreas)	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Sífilis, Gonorrea	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Depresión, ansiedad u otra enfermedad mental	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Sobredosis	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Como consecuencia de una lesión por accidente	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Como consecuencia de una lesión por violencias	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Problemas odontológicos	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Eventos relacionados con la gestación	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		
<input type="checkbox"/> Otro, cuál _____		

39. Qué hizo cuando se presentó el problema de salud más grave? (en caso de que haya realizado más de una de las posibilidades listadas, señale las dos que más utilizó)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Se cuidó solo | <input type="checkbox"/> Pidió ayuda a un familiar o amigo |
| <input type="checkbox"/> Fue a una farmacia | <input type="checkbox"/> Fue a hospital o centro de salud |
| <input type="checkbox"/> Fue a un servicio de alojamiento | <input type="checkbox"/> Fue donde una autoridad indígena espiritual (taita o chaman) |
| <input type="checkbox"/> Fue donde una persona reconocida como sanador que no es profesional de salud | <input checked="" type="checkbox"/> Nada |

40. Tiene usted alguna dificultad para realizar las siguientes actividades (puede seleccionar varias respuestas)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oír la voz o los sonidos | <input type="checkbox"/> Hablar o conversar |
| <input type="checkbox"/> Ver de cerca, de lejos o alrededor | <input type="checkbox"/> Mover el cuerpo, caminar |
| <input type="checkbox"/> Agarrar o mover objetos con las manos | <input type="checkbox"/> Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a) |

Al menos una vez cada seis meses Al menos una vez al año

27. En el último mes, el lugar donde usted duerme o vive lo compartió con: (Puede seleccionar varias respuestas)

Con familiares (padres o padrastros, sus hijos y/o hijastros, sus hermanos/ hermanastros, otros familiares) Su pareja
 Amigos Otras personas. Cuales _____
 Nadie

28. De las siguientes actividades seleccione las dos a las que dedica mayor cantidad de tiempo en el día:

Generar ingresos Asistir a servicios sociales
 Educación/ cultura Actividades para el autocuidado (alimentarse, buscar en donde asearse y/o dormir)
 Deporte y/o actividades recreativas Consumir o estar bajo efecto de Sustancias Psicoactivas SPA
 Asistir a servicios de salud Otro, cuál _____

29. En el último mes, cuando tuvo las siguientes necesidades acudió con mayor frecuencia a: (seleccione una respuesta por fila)

Vecinos, conocidos o familiares Servicios sociales y de salud
 Ninguna

Necesidades:

Alimentos Recreación
 Dinero Dormitorio
 Asearse Salud

30. ¿Sabe leer y escribir?

SI NO

31. El último nivel educativo que estudió fue:

Ninguno Preescolar
 Básica primaria completa Básica primaria Incompleta
 Básica secundaria completa Básica secundaria incompleta
 Media académica / Media técnica completa Media académica / Media técnica incompleta
 Normalista Superior (universitaria)
 Postgrado Sin información

32. ¿En los últimos 30 días ha sufrido uno de las siguientes situaciones de afectación a su integridad?

Violencia interpersonal (agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño)
 Violencia sexual
 Violencia física
 Violencia psicológica (verbal, emocional)
 Lesiones por eventos de transporte
 Lesiones accidentales
 Mendicidad obligada (coacción)
 Intercambio de sexo por dinero, protección o drogas
 Violencia entre familiares
 Violencia contra niños, niñas y adolescentes
 Violencia de pareja
 Violencia entre otros familiares
 Violencia al adulto mayor
 Ninguna

SITUACIONES

33. ¿Denunció estas situaciones?

SI

NO

¿Cuál? _____

34. ¿Le brindaron información para acceder a la ruta de atención cuando denunció?

SI

NO

- Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)
- Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardíacos, respiratorios

Relacionarse o interactuar con las demás personas

41. Consume actualmente Sustancias Psicoactivas SPA?

SI NO

42. Qué tipo de tratamiento (atención en salud) ha recibido para el consumo de SPA

- Ninguno
- Residencial-cerrado-internado
- Hospital día

- Consulta externa
- Ambulatorio-abierto
- Hospital noche

43. Ha tenido sobredosis por consumo de drogas en el último año?

SI NO

44. Recibió tratamiento por la sobredosis?

SI NO

45. Frente a la inyección de drogas

- Nunca me he inyectado drogas
- He compartido material de inyección

- Me he inyectado drogas alguna vez en la vida
- He recibido KITS o jeringas de la secretaría de salud

46. Cuáles son las dos principales sustancias que ha consumido en los últimos tres meses, cuál es la vía de administración y la frecuencia de consumo:

SUSTANCIAS

- Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)
- Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)
- Cannabis (marihuana, por, hierba, hachis, etc.)
- Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)
- Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)
- Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)
- Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Koiamina, etc.)
- Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)
- Otro tipo - especificar*

FORMA DE CONSUMO

Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Con que frecuencia la consume:

- Una o dos veces
- Semanalmente

- Mensualmente
- Todos o casi todos los días

Otros aspectos relevantes para el territorio

48. Lugar de la entrevista

- Espacio público (Acera, parque, playa, etc.)
- Servicio social
- otro Cual _____

- Dormitorio transitorio (hotel, pago por día, inquilinato, residencia, camarote)
- Vivienda de un familiar o conocido

49. Municipio en el que vivió antes de éste

- Siempre ha vivido en este
- Nombre del municipio _____

No se acuerda

50. Migrante

- SI NO
- Regular
- Irregular

Nombre país de origen Colombia

51. Sabe si hay programas de la Alcaldía que lo atiendan

SI NO

¿Cuales? _____

Nombre de quien realiza la encuesta Paola Sánchez López

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS. Al proporcionar sus datos personales a través de este formulario, usted otorga su consentimiento para que se recojan, almacenen y utilicen de acuerdo con nuestra política de tratamiento de datos. Puede consultarla en la página web de la DTSC en <https://portal.datos.gov.co/>. Sus datos serán utilizados únicamente con fines específicos mencionados en nuestro ejercicio, y no serán compartidos con terceros sin su consentimiento. Además, usted tiene el derecho de acceder, modificar o eliminar sus datos personales en cualquier momento, así como de revocar su consentimiento.

Elaborado por: Observatorio Social de Salud - OTSC
Fecha de elaboración:



DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS
 SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD
 Proceso Gestión de Asistencia Técnica
 Procedimiento Asesoría y Acompañamiento
 Instrumento Habitante en Riesgo de Calle

Versión: 01
 Código: F009-P02-AT
 Fecha: 2024-10-23

Fecha de captura de información: 05-06-25

Institución que realiza la captura de información: ESE San Antonio de Matmota

Ubicación

- 1. Nombre del Municipio Matmota
- 2. Sector en el que permanece con mayor frecuencia 100 pasas
- 3. Dirección de residencia El llano
- 4. Telefono 3116990018
- 5. Afiliación a EPS SI NO Cual? Salud Total

Identificación del entrevistado

- 6. Tipo de documento de identidad TI RC CN CE SC PA AS MS PEP
- 7. Número de identificación 1058230840
- 8. Proporciona información de identificación informarlo SI NO
- 9. 1er. Nombre Jhovanny
- 10. 2do. Nombre Esteban
- 11. 1er. Apellido Valencia
- 12. 2do. Apellido Quintero
- 13. Años cumplidos 27
- 14. Fecha de Nacimiento 11-09-97

CC Cédula de ciudadanía
 TI Tarjeta de identidad
 RC Registro Civil de nacimiento
 CN Certificado de Nacido Vivo
 CE Cédula de extranjería
 SC Salvoconducto
 PA Pasaporte
 AS Adulto sin identificación
 MS Menor sin identificación
 PEP Permiso Especial de Permanencia

- 15. Sexo*: Hombre Mujer
 Intersexual Por observacion
- 16. Con cuál género* se identifica? Masculino Femenino
 Mujer Transgénero Hombre Transgénero
 No binario Otro
 No informa
- 17. Cual es su orientación Sexual*: Heterosexual Homosexual
 Bisexual Otro, cuál _____
 No informa

18. Tiene usted una discapacidad?

 SI NO

Cual? _____

19. De acuerdo a su cultura, pueblo o rasgo, usted se reconoce como:

Indígena

Nombre del Pueblo indígena _____

Rom Gitano

Nombre de la Vitsa Rom _____

Raizal

Palenquero

Afrocolombiano

Ninguna de las anteriores

Hábitos de vida y acceso a vivienda

20. Señale si usted actualmente vive en un espacio

Propio (casa, apartamento, bodega, casalote entre otros, del que es propietario o tiene tenencia)

Arrendado o alquilado (por intervalos de tiempo distintos como meses, semanas, días, noches)

De propiedad de familiares, amistades o conocidos

Servicio Social de Alojamiento temporal o permanente*

21. De los siguientes factores, cuál cree que tiene mayor impacto en su vida actualmente: (Seleccione una sola respuesta)

Falta de trabajo o de fuente de ingresos

Falta de redes o grupos de familiares, amigos, conocidos o instituciones que le brinden apoyo

Falta de acceso y/o tratamiento para temas de salud

Estigma y discriminación que dificulta la participación en redes afectivas, laborales de protección, entre otras

Es víctima de algún tipo de violencia

Tiene ingresos pero son insuficientes para vivir como quisiera

Otro, cuál _____

22. ¿Cuales de las siguientes situaciones se presentan en su cotidianidad actualmente?

Conflictos de convivencia con familiares o personas con las que vivía

Violencia intrafamiliar

Desalojo o pérdida de vivienda

Violencia de pareja

Un problema de salud físico o mental

Pérdida de fuente de ingresos o trabajo

Egreso de un servicio de protección

El conflicto armado

Consumo problemático de sustancias psicoactivas (afectaba sus relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio, otros)

Egreso de una institución penitenciaria o de reclusión

Es migrante sin redes de apoyo

Ha presentado antecedentes de habitanza de calle

Abuso sexual

Empleo del tiempo libre en actividades no productiva

Otro, cuál _____

Integración social

23. Actualmente se encuentra en contacto con

Familiares*

Instituciones

Amigos o conocidos

Otros

Frecuencia

Diario

Semanal

Al menos una vez al mes

Mas de una vez al mes

Al menos una vez cada seis meses

Al menos una vez al año

24. En el último mes, el lugar donde usted duerme o vive lo compartió con: (Puede seleccionar varias respuestas)

Con familiares (padres o padrastros, sus hijos y/o hijastros, sus hermanos/ hermanastros, otros familiares)

Su pareja

Amigos

Otras personas. Cuales _____

 Nadie

25. De las siguientes actividades seleccione las dos a las que dedica mayor cantidad de tiempo en el día:

- Generar ingresos
- Educación/ cultura
- Consumir o estar bajo efecto de Sustancias Psicoactivas SPA
- Otro, cuál _____

- Asistir a servicios sociales
- Deporte y/o actividades recreativas
- Asistir a servicios de salud

26. En el último mes, cuando tuvo las siguientes necesidades acudió con mayor frecuencia a: (seleccione una respuesta por fila)

- Vecinos, conocidos o familiares
- Ninguna

- Servicios sociales y de salud

Necesidades:

- Alimentos
- Dinero
- Asearse

- Recreación
- Dormitorio
- Salud

27. ¿Sabe leer y escribir?

- SI
- NO

28. El último nivel educativo que estudió fue:

- Ninguno
- Básica primaria completa
- Básica secundaria completa
- Media académica / Media técnica completa
- Normalista
- Postgrado

- Preescolar
- Básica primaria Incompleta
- Básica secundaria incompleta
- Media académica / Media técnica incompleta
- Superior (universitaria)
- Sin información

29. ¿En los últimos 30 días ha sufrido uno de las siguientes situaciones de afectación a su integridad?

SITUACIONES

- Violencia interpersonal (agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño)
- Violencia sexual
- Violencia física
- Violencia psicológica (verbal, emocional)
- Lesiones por eventos de transporte
- Lesiones accidentales
- Mendicidad obligada (coacción)
- Intercambio de sexo por dinero, protección o drogas
- Violencia entre familiares
- Violencia contra niños, niñas y adolescentes
- Violencia de pareja
- Violencia entre otros familiares
- Violencia al adulto mayor
- Ninguna

30. ¿Denunció estas situaciones?

SI

NO

¿Cuál? _____

31. ¿Le brindaron información para acceder a la ruta de atención cuando denunció?

SI

NO

32. Su principal fuente de ingreso es: (seleccione una respuesta)

Trabajo informal

Dinero que recibe de la familia o redes de apoyo

Actividades relacionadas con comercio o distribución de sustancias psicoactivas

Actividades sexuales pagadas

Otro, cuál _____

Condiciones de salud

33. Usted cree que actualmente tiene

Problemas de salud física que requieren atención

SI

NO

NINGUNA

Problemas de salud mental que requieren atención

SI

NO

34. En el último mes, tuvo un problema grave de salud, o alguien le manifestó preocupación por situaciones de su salud relacionadas con:

SITUACIONES

ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO

Sistema digestivo (diarrea, vómito)

SI

NO

Sistema respiratorio (tos frecuente, dificultad respiratoria, gripa, asma, EPOC)

SI

NO

Tuberculosis

SI

NO

Afecciones de piel (úlceras, flebitis, granos, caranchos, ladillas, piojos)

SI

NO

Sistema cardiovascular (úlceras varicosas, problemas del corazón, soplos, hipertensión)

SI

NO

Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos)

SI

NO

Afecciones vías urinarias (ardor para orinar)

SI

NO

Infecciones de Transmisión sexual (venéreas)

SI

NO

Sífilis, Gonorrea

SI

NO

Hepatitis

SI

NO

VIH

SI

NO

Depresión, ansiedad u otra enfermedad mental

SI

NO

Intento de suicidio

SI

NO

Consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA

SI

NO

Sobredosis

SI

NO

Convulsiones

SI

NO

Como consecuencia de una lesión por accidente

SI

NO

Como consecuencia de una lesión por violencias

SI

NO

Problemas odontológicos

SI

NO

Eventos relacionados con la gestación

Ninguna de las anteriores

SI

NO

Otro, cuál _____

35. Qué hizo cuando se presentó el problema de salud más grave? (en caso de que haya realizado más de una de las posibilidades listadas, señale las dos que más utilizó)

- Se cuidó solo
- Fue a una farmacia
- Fue a un servicio de alojamiento
- Fue donde una persona reconocida como sanador que no es profesional de salud

- Pidió ayuda a un familiar o amigo
- Fue a hospital o centro de salud
- Fue donde una autoridad indígena espiritual (taita o chaman)
- Nada

36. Tiene usted alguna dificultad para realizar las siguientes actividades (puede seleccionar varias respuestas)

- Oír la voz o los sonidos
- Ver de cerca, de lejos o alrededor
- Agarrar o mover objetos con las manos
- Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)
- Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos, respiratorios

- Hablar o conversar
- Mover el cuerpo, caminar
- Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)
- Relacionarse o interactuar con las demás personas
- Ninguna de las anteriores

37. Consume actualmente Sustancias Psicoactivas SPA?

- SI
- NO

38. Qué tipo de tratamiento (atención en salud) ha recibido para el consumo de SPA

- Ninguno
- Residencial-cerrado-internado
- Hospital día

- Consulta externa
- Ambulatorio-abierto
- Hospital noche

39. Ha tenido sobredosis por consumo de drogas en el último año?

- SI
- NO

40. Recibió tratamiento por la sobredosis?

- SI
- NO

41. Cuáles son las dos principales sustancias que ha consumido en los últimos tres meses, cuál es la vía de administración y la frecuencia de consumo:

SUSTANCIAS

- Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)
- Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)
- Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)
- Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)
- Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)
- Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)
- Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)
- Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)
- Otro tipo - especificar*

FORMA DE CONSUMO

Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Con que frecuencia la consume:

- Una o dos veces
- Semanalmente

- Mensualmente
- Todos o casi todos los días

Otros aspectos relevantes para el territorio

43. Lugar de la entrevista

- Espacio público (Acera, parque, playa, etc.)

- Dormitorio transitorio (hotel, pago por día, inquilinato, residencia, camarote)

Servicio social

Vivienda de un familiar o conocido

otro Cual

44. Municipio en el que vivió antes de éste

Siempre ha vivido en este

No se acuerda

Nombre del municipio

45. Migrante

SI

NO

Regular

Irregular

Nombre país de origen Colombia

46. Se encuentra inscrito en algún programa de la Alcaldía

SI

NO

47. Cual es el programa _____

Nombre de quien realiza la encuesta Pada Sánchez López

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS. Al proporcionar sus datos personales a través de este formulario, usted otorga su consentimiento para que se recojan, almacenen y utilicen de acuerdo con nuestra política de tratamiento de datos. Puede consultarla en la página web de la DTSC en <https://saluddecaldas.gov.co/>. Sus datos serán utilizados únicamente con fines específicos relacionados con nuestro ejercicio, y no serán compartidos con terceros sin su consentimiento. Además, usted tiene el derecho de acceder, modificar o eliminar sus datos personales en cualquier momento, así como de revocar su consentimiento.



DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD
Proceso Gestión de Asistencia Técnica
Procedimiento Asesoría y Acompañamiento
Instrumento Habitante en Riesgo de Calle

Versión: 01

Código: F009-P02-AT

Fecha: 2024-10-23

Fecha de captura de información: 05-06-25

Institución que realiza la captura de información: ESF Sa, Antonio de Nariño

Ubicación

1. Nombre del Municipio Marmato
2. Sector en el que permanece con mayor frecuencia Los Pesos
3. Dirección de residencia El Tejar
4. Teléfono 3113779830
5. Afiliación a EPS NO Cual? Salud total

Identificación del entrevistado

6. Tipo de documento de identidad CC TI RC CN CE SC PA AS MS PEP
7. Número de identificación 1058229031
8. Proporciona información de identificación informarlo NO
9. 1er. Nombre Jorge
10. 2do. Nombre Alexander
11. 1er. Apellido Velez
12. 2do. Apellido Atehortua
13. Años cumplidos 35
14. Fecha de Nacimiento 03-05-90

CC Cédula de ciudadanía
TI Tarjeta de identidad
RC Registro Civil de nacimiento
CN Certificado de Nacido Vivo
CE Cédula de extranjería
SC Salvoconducto
PA Pasaporte
AS Adulto sin identificación
MS Menor sin identificación
PEP Permiso Especial de Permanencia

15. Sexo*: Hombre Mujer
 Intersexual Por observación
16. Con cuál género* se identifica? Masculino Femenino
 Mujer Transgénero Hombre Transgénero
 No binario Otro
 No informa
17. Cual es su orientación Sexual*: Heterosexual Homosexual
 Bisexual Otro, cuál _____
 No informa

18. Tiene usted una discapacidad?

SI

NO

Cual? _____

19. De acuerdo a su cultura, pueblo o rasgo, usted se reconoce como:

Indígena

Rom Gitano

Raizal

Palenquero

Afrocolombiano

Ninguna de las anteriores

Hábitos de vida y acceso a vivienda

20. Señale si usted actualmente vive en un espacio

Propio (casa, apartamento, bodega, casalote entre otros, del que es propietario o tiene tenencia)

Arrendado o alquilado (por intervalos de tiempo distintos como meses, semanas, días, noches)

De propiedad de familiares, amistades o conocidos

Servicio Social de Alojamiento temporal o permanente*

21. De los siguientes factores, cuál cree que tiene mayor impacto en su vida actualmente: (Seleccione una sola respuesta)

Falta de trabajo o de fuente de ingresos

Falta de redes o grupos de familiares, amigos, conocidos o instituciones que le brinden apoyo

Falta de acceso y/o tratamiento para temas de salud

Estigma y discriminación que dificulta la participación en redes afectivas, laborales de protección, entre otras

Es víctima de algún tipo de violencia

Tiene ingresos pero son insuficientes para vivir como quisiera

Otro, cuál _____

22. ¿Cuales de las siguientes situaciones se presentan en su cotidianidad actualmente?

Conflictos de convivencia con familiares o personas con las que vivía

Violencia intrafamiliar

Desalojo o pérdida de vivienda

Violencia de pareja

Un problema de salud físico o mental

Pérdida de fuente de ingresos o trabajo

Egreso de un servicio de protección

El conflicto armado

Consumo problemático de sustancias psicoactivas (afectaba sus relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio, otros)

Egreso de una institución penitenciaria o de reclusión

Es migrante sin redes de apoyo

Ha presentado antecedentes de habitanza de calle

Abuso sexual

Empleo del tiempo libre en actividades no productiva

Otro, cuál _____

Integración social

23. Actualmente se encuentra en contacto con

Familiares*

Instituciones

Amigos o conocidos

Otros

Frecuencia

Diario

Semanal

Al menos una vez al mes

Mas de una vez al mes

Al menos una vez cada seis meses

Al menos una vez al año

24. En el último mes, el lugar donde usted duerme o vive lo compartió con: (Puede seleccionar varias respuestas)

Con familiares (padres o padrastros, sus hijos y/o hijastros, sus hermanos/ hermanastros, otros familiares)

Su pareja

Amigos

Otras personas. Cuales _____

—
 Nadie

25. De las siguientes actividades seleccione las dos a las que dedica mayor cantidad de tiempo en el día:

- Generar ingresos
- Educación/ cultura
- Consumir o estar bajo efecto de Sustancias Psicoactivas SPA
- Otro, cuál _____

- Asistir a servicios sociales
- Deporte y/o actividades recreativas
- Asistir a servicios de salud

26. En el último mes, cuando tuvo las siguientes necesidades acudió con mayor frecuencia a: (seleccione una respuesta por fila)

- Vecinos, conocidos o familiares
- Ninguna

- Servicios sociales y de salud

Necesidades:

- Alimentos
- Dinero
- Asearse

- Recreación
- Dormitorio
- Salud

27. ¿Sabe leer y escribir?

- SI
- NO

28. El último nivel educativo que estudió fue:

- Ninguno
- Básica primaria completa
- Básica secundaria completa
- Media académica / Media técnica completa
- Normalista
- Postgrado

- Preescolar
- Básica primaria Incompleta
- Básica secundaria incompleta
- Media académica / Media técnica incompleta
- Superior (universitaria)
- Sin información

29. ¿En los últimos 30 días ha sufrido uno de las siguientes situaciones de afectación a su integridad?

SITUACIONES

- Violencia interpersonal (agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño)
- Violencia sexual
- Violencia física
- Violencia psicológica (verbal, emocional)
- Lesiones por eventos de transporte
- Lesiones accidentales
- Mendicidad obligada (coacción)
- Intercambio de sexo por dinero, protección o drogas
- Violencia entre familiares
- Violencia contra niños, niñas y adolescentes
- Violencia de pareja
- Violencia entre otros familiares
- Violencia al adulto mayor
- Ninguna

30. ¿Denunció estas situaciones?

 SI NO

¿Cuál? _____

31. ¿Le brindaron información para acceder a la ruta de atención cuando denunció?

 SI NO

32. Su principal fuente de ingreso es: (seleccione una respuesta)

Trabajo informal

Dinero que recibe de la familia o redes de apoyo

Actividades relacionadas con comercio o distribución de sustancias psicoactivas

Actividades sexuales pagadas

Otro, cuál _____

Condiciones de salud

33. Usted cree que actualmente tiene

Problemas de salud física que requieren atención

 SI NO

Problemas de salud mental que requieren atención

 SI NO

NINGUNA

34. En el último mes, tuvo un problema grave de salud, o alguien le manifestó preocupación por situaciones de su salud relacionadas con:

SITUACIONES

- Sistema digestivo (diarrea, vómito)
- Sistema respiratorio (tos frecuente, dificultad respiratoria, gripa, asma, EPOC)
- Tuberculosis
- Afecciones de piel (úlceras, flebitis, granos, caranchos, ladillas, piojos)
- Sistema cardiovascular (úlceras varicosas, problemas del corazón, soplos, hipertensión)
- Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos)
- Afecciones vías urinarias (ardor para orinar)
- Infecciones de Transmisión sexual (venéreas)
- Sífilis, Gonorrea
- Hepatitis
- VIH
- Depresión, ansiedad u otra enfermedad mental
- Intento de suicidio
- Consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA
- Sobredosis
- Convulsiones
- Como consecuencia de una lesión por accidente
- Como consecuencia de una lesión por violencias
- Problemas odontológicos
- Eventos relacionados con la gestación
- Ninguna de las anteriores
- Otro, cuál _____

ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO

- | | |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO |

35. Qué hizo cuando se presentó el problema de salud más grave? (en caso de que haya realizado más de una de las posibilidades listadas, señale las dos que más utilizó)
- Se cuidó solo
 - Fue a una farmacia
 - Fue a un servicio de alojamiento
 - Fue donde una persona reconocida como sanador que no es profesional de salud
 - Pidió ayuda a un familiar o amigo
 - Fue a hospital o centro de salud
 - Fue donde una autoridad indígena espiritual (taita o chaman)
 - Nada
36. Tiene usted alguna dificultad para realizar las siguientes actividades (puede seleccionar varias respuestas)
- Oír la voz o los sonidos
 - Ver de cerca, de lejos o alrededor
 - Agarrar o mover objetos con las manos
 - Comer, vestirse o bañarse por si mismo(a)
 - Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos, respiratorios
 - Hablar o conversar
 - Mover el cuerpo, caminar
 - Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo(a)
 - Relacionarse o interactuar con las demás personas
 - Ninguna de las anteriores

37. Consume actualmente Sustancias Psicoactivas SPA? SI NO

38. Qué tipo de tratamiento (atención en salud) ha recibido para el consumo de SPA
- Ninguno
 - Residencial-cerrado-internado
 - Hospital día
 - Consulta externa
 - Ambulatorio-abierto
 - Hospital noche

39. Ha tenido sobredosis por consumo de drogas en el último año? SI NO

40. Recibió tratamiento por la sobredosis? SI NO

41. Cuáles son las dos principales sustancias que ha consumido en los últimos tres meses, cuál es la vía de administración y la frecuencia de consumo:

SUSTANCIAS	FORMA DE CONSUMO					
	Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?
<input type="checkbox"/> Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)						
<input type="checkbox"/> Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)						
<input checked="" type="checkbox"/> Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)						
<input checked="" type="checkbox"/> Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)						
<input type="checkbox"/> Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)						
<input type="checkbox"/> Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)						
<input type="checkbox"/> Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)						
<input type="checkbox"/> Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)						
<input type="checkbox"/> Otro tipo - especificar*						

42. Con que frecuencia la consume:
- Una o dos veces
 - Semanalmente
 - Mensualmente
 - Todos o casi todos los días

Otros aspectos relevantes para el territorio

43. Lugar de la entrevista Espacio público (Acera, parque, playa, etc.) Dormitorio transitorio (hotel, pago por día, inquilinato, residencia, camarote)

Servicio social

Vivienda de un familiar o conocido

otro Cual

44. Municipio en el que vivió antes de éste

Siempre ha vivido en este

No se acuerda

Nombre del municipio

45. Migrante

SI NO

Regular

Irregular

Nombre país de origen Colombia

46. Se encuentra inscrito en algun programa de la Alcaldía

SI

NO

47. Cual es el programa _____

Nombre de quien realiza la encuesta Paola Sánchez López

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS. Al proporcionar sus datos personales a través de este formulario, usted otorga su consentimiento para que se recojan, almacenen y utilicen de acuerdo con nuestra política de tratamiento de datos. Puede consultarla en la página web de la DTSC en <https://saluddecaldas.gov.co/>. Sus datos serán utilizados únicamente con fines específicos relacionados con nuestro ejercicio, y no serán compartidos con terceros sin su consentimiento. Además, usted tiene el derecho de acceder, modificar o eliminar sus datos personales en cualquier momento, así como de revocar su consentimiento.



DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS
 SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD
 Proceso Gestión de Asistencia Técnica
 Procedimiento Asesoría y Acompañamiento
 Instrumento Habitante en Riesgo de Calle

Versión: 01
 Código: F009-P02-AT
 Fecha: 2024-10-23

Fecha de captura de información: 05-06-25

Institución que realiza la captura de información: ESE SAN ANTONIO DE MARMATO

Ubicación

1. Nombre del Municipio Marmato
2. Sector en el que permanece con mayor frecuencia 100 pesos
3. Dirección de residencia San Juan
4. Telefono 300128602
5. Afiliación a EPS SI NO Cual? Nueva EPS

Identificación del entrevistado

6. Tipo de documento de identidad CC TI RC CN CE SC PA AS MS PEP
7. Número de identificación 1058230257
8. Proporciona información de identificación informarlo SI NO
9. 1er. Nombre Kevin
10. 2do. Nombre Daniel
11. 1er. Apellido Baño
12. 2do. Apellido Guzpecha
13. Años cumplidos 30
14. Fecha de Nacimiento 20-11-94
15. Sexo*: Hombre Mujer
 Intersexual Por observacion
16. Con cuál género* se identifica? Masculino Femenino
 Mujer Transgénero Hombre Transgénero
 No binario Otro
 No informa
17. Cual es su orientación Sexual*: Heterosexual Homosexual
 Bisexual Otro, cuál _____
 No informa

CC Cédula de ciudadanía
 TI Tarjeta de identidad
 RC Registro Civil de nacimiento
 CN Certificado de Nacido Vivo
 CE Cédula de extranjería
 SC Salvoconducto
 PA Pasaporte
 AS Adulto sin identificación
 MS Menor sin identificación
 PEP Permiso Especial de Permanencia

18. Tiene usted una discapacidad?

Cual? _____

19. De acuerdo a su cultura, pueblo o rasgo, usted se reconoce como:

Indígena

Nombre del Pueblo indígena _____

Rom Gitano

Nombre de la Vitsa Rom _____

Raizal

Palenquero

Afrocolombiano

Ninguna de las anteriores

Hábitos de vida y acceso a vivienda

20. Señale si usted actualmente vive en un espacio

Propio (casa, apartamento, bodega, casalote entre otros, del que es propietario o tiene tenencia)

Arrendado o alquilado (por intervalos de tiempo distintos como meses, semanas, días, noches)

De propiedad de familiares, amistades o conocidos

Servicio Social de Alojamiento temporal o permanente*

21. De los siguientes factores, cuál cree que tiene mayor impacto en su vida actualmente: (Seleccione una sola respuesta)

Falta de trabajo o de fuente de ingresos

Falta de redes o grupos de familiares, amigos, conocidos o instituciones que le brinden apoyo

Falta de acceso y/o tratamiento para temas de salud

Estigma y discriminación que dificulta la participación en redes afectivas, laborales de protección, entre otras

Es víctima de algún tipo de violencia

Tiene ingresos pero son insuficientes para vivir como quisiera

Otro, cuál _____

22. ¿Cuales de las siguientes situaciones se presentan en su cotidianidad actualmente?

Conflictos de convivencia con familiares o personas con las que vivía

Violencia intrafamiliar

Desalojo o pérdida de vivienda

Violencia de pareja

Un problema de salud físico o mental

Pérdida de fuente de ingresos o trabajo

Egreso de un servicio de protección

El conflicto armado

Consumo problemático de sustancias psicoactivas (afectaba sus relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio, otros)

Egreso de una institución penitenciaria o de reclusión

Es migrante sin redes de apoyo

Ha presentado antecedentes de habitanza de calle

Abuso sexual

Empleo del tiempo libre en actividades no productiva

Otro, cuál _____

Integración social

23. Actualmente se encuentra en contacto con

Familiares*

Instituciones

Amigos o conocidos

Otros

Frecuencia

Diario

Semanal

Al menos una vez al mes

Mas de una vez al mes

Al menos una vez cada seis meses

Al menos una vez al año

24. En el último mes, el lugar donde usted duerme o vive lo compartió con: (Puede seleccionar varias respuestas)

Con familiares (padres o padrastros, sus hijos y/o hijastros, sus hermanos/hermanastros, otros familiares)

Su pareja

Amigos

Otras personas. Cuales _____

Nadie

25. De las siguientes actividades seleccione las dos a las que dedica mayor cantidad de tiempo en el día:

Generar ingresos

Educación/ cultura

Consumir o estar bajo efecto de Sustancias Psicoactivas SPA

Otro, cuál _____

Asistir a servicios sociales

Deporte y/o actividades recreativas

Asistir a servicios de salud

26. En el último mes, cuando tuvo las siguientes necesidades acudió con mayor frecuencia a: (seleccione una respuesta por fila)

Vecinos, conocidos o familiares

Ninguna

Servicios sociales y de salud

Necesidades:

Alimentos

Dinero

Asearse

Recreación

Dormitorio

Salud

27. ¿Sabe leer y escribir?

NO

28. El último nivel educativo que estudió fue:

Ninguno

Básica primaria completa

Básica secundaria completa

Media académica / Media técnica completa

Normalista

Postgrado

Preescolar

Básica primaria Incompleta

Básica secundaria incompleta

Media académica / Media técnica incompleta

Superior (universitaria)

Sin información

29. ¿En los últimos 30 días ha sufrido uno de las siguientes situaciones de afectación a su integridad?

Violencia interpersonal (agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño)

Violencia sexual

Violencia física

Violencia psicológica (verbal, emocional)

Lesiones por eventos de transporte

Lesiones accidentales

Mendicidad obligada (coacción)

Intercambio de sexo por dinero, protección o drogas

Violencia entre familiares

Violencia contra niños, niñas y adolescentes

Violencia de pareja

Violencia entre otros familiares

Violencia al adulto mayor

Ninguna

SITUACIONES

30. ¿Denunció estas situaciones? SI NO ¿Cuál? _____

31. ¿Le brindaron información para acceder a la ruta de atención cuando denunció? SI NO

32. Su principal fuente de ingreso es: (seleccione una respuesta)

Trabajo informal Dinero que recibe de la familia o redes de apoyo

Actividades relacionadas con comercio o distribución de sustancias psicoactivas Actividades sexuales pagadas

Otro, cuál _____

Condiciones de salud

33. Usted cree que actualmente tiene

Problemas de salud física que requieren atención SI NO NINGUNA

Problemas de salud mental que requieren atención SI NO NINGUNA

34. En el último mes, tuvo un problema grave de salud, o alguien le manifestó preocupación por situaciones de su salud relacionadas con:

SITUACIONES	ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO	
	SI	NO
<input type="checkbox"/> Sistema digestivo (diarrea, vómito)	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Sistema respiratorio (tos frecuente, dificultad respiratoria, gripa, asma, EPOC)	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Afecciones de piel (úlceras, flebitis, granos, caranchos, ladillas, piojos)	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Sistema cardiovascular (úlceras varicosas, problemas del corazón, soplos, hipertensión)	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos)	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Afecciones vías urinarias (ardor para orinar)	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión sexual (venéreas)	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Sífilis, Gonorrea	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Depresión, ansiedad u otra enfermedad mental	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Sobredosis	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Como consecuencia de una lesión por accidente	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Como consecuencia de una lesión por violencias	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Problemas odontológicos	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Eventos relacionados con la gestación		
<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> Otro, cuál _____		

Servicio social

Vivienda de un familiar o conocido

otro Cual

44. Municipio en el que vivió antes de éste

Siempre ha vivido en este

No se acuerda

Nombre del municipio

45. Migrante

SI

~~NO~~

Regular

Irregular

Nombre país de origen Colombia

46. Se encuentra inscrito en algun programa de la Alcaldía

SI

~~NO~~

47. Cual es el programa _____

Nombre de quien realiza la encuesta Paola Sánchez López

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS. Al proporcionar sus datos personales a través de este formulario, usted otorga su consentimiento para que se recojan, almacenen y utilicen de acuerdo con nuestra política de tratamiento de datos. Puede consultarla en la página web de la DTSC en <https://saluddecaldas.gov.co/>. Sus datos serán utilizados únicamente con fines específicos relacionados con nuestro ejercicio, y no serán compartidos con terceros sin su consentimiento. Además, usted tiene el derecho de acceder, modificar o eliminar sus datos personales en cualquier momento, así como de revocar su consentimiento.



DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD
Proceso Gestión de Asistencia Técnica
Procedimiento Asesoría y Acompañamiento
Instrumento Habitante en Riesgo de Calle

Versión: 01

Código: F009-P02-AT

Fecha: 2024-10-23

Fecha de captura de información: 25-06-25

Institución que realiza la captura de información: ESE SAN ANTONIO DE NARMATO

Ubicación

1. Nombre del Municipio Narmato
2. Sector en el que permanece con mayor frecuencia el Yellego
3. Dirección de residencia San Juan
4. Teléfono 3226604589
5. Afiliación a EPS NO Cual? Nuevo EPS

Identificación del entrevistado

6. Tipo de documento de identidad TI RC CN CE SC PA AS MS PEP
7. Número de identificación 1007960428
8. Proporciona información de identificación informarlo NO
9. 1er. Nombre Walter
10. 2do. Nombre De Jesús
11. 1er. Apellido Hernandez
12. 2do. Apellido Montes
13. Años cumplidos 26
14. Fecha de Nacimiento 07-05-99

CC Cédula de ciudadanía
TI Tarjeta de identidad
RC Registro Civil de nacimiento
CN Certificado de Nacido Vivo
CE Cédula de extranjería
SC Salvoconducto
PA Pasaporte
AS Adulto sin identificación
MS Menor sin identificación
PEP Permiso Especial de Permanencia

15. Sexo*: Hombre Mujer
 Intersexual Por observación
16. Con cuál género* se identifica? Masculino Femenino
 Mujer Transgénero Hombre Transgénero
 No binario Otro
 No informa
17. Cual es su orientación Sexual*: Heterosexual Homosexual
 Bisexual Otro, cuál _____
 No informa

18. Tiene usted una discapacidad? SI NO Cual? _____

19. De acuerdo a su cultura, pueblo o rasgo, usted se reconoce como:

<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="text" value="Nombre del Pueblo indígena"/>	<input type="checkbox"/> Rom Gitano	<input type="text" value="Nombre de la Vitsa Rom"/>
<input type="checkbox"/> Raizal		<input type="checkbox"/> Palenquero	
<input type="checkbox"/> Afrocolombiano		<input checked="" type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	

Hábitos de vida y acceso a vivienda

20. Señale si usted actualmente vive en un espacio

<input type="checkbox"/> Propio (casa, apartamento, bodega, casalote entre otros, del que es propietario o tiene tenencia)	<input checked="" type="checkbox"/> Arrendado o alquilado (por intervalos de tiempo distintos como meses, semanas, días, noches)
<input type="checkbox"/> De propiedad de familiares, amistades o conocidos	<input type="checkbox"/> Servicio Social de Alojamiento temporal o permanente*

21. De los siguientes factores, cuál cree que tiene mayor impacto en su vida actualmente: (Seleccione una sola respuesta)

<input checked="" type="checkbox"/> Falta de trabajo o de fuente de ingresos	<input type="checkbox"/> Falta de redes o grupos de familiares, amigos, conocidos o instituciones que le brinden apoyo
<input type="checkbox"/> Falta de acceso y/o tratamiento para temas de salud	<input type="checkbox"/> Estigma y discriminación que dificulta la participación en redes afectivas, laborales de protección, entre otras
<input type="checkbox"/> Es víctima de algún tipo de violencia	<input type="checkbox"/> Tiene ingresos pero son insuficientes para vivir como quisiera
<input type="checkbox"/> Otro, cuál _____	

22. ¿Cuales de las siguientes situaciones se presentan en su cotidianidad actualmente?

<input type="checkbox"/> Conflictos de convivencia con familiares o personas con las que vivía	<input type="checkbox"/> Violencia intrafamiliar
<input type="checkbox"/> Desalojo o pérdida de vivienda	<input type="checkbox"/> Violencia de pareja
<input type="checkbox"/> Un problema de salud físico o mental	<input type="checkbox"/> Pérdida de fuente de ingresos o trabajo
<input type="checkbox"/> Egreso de un servicio de protección	<input type="checkbox"/> El conflicto armado
<input checked="" type="checkbox"/> Consumo problemático de sustancias psicoactivas (afectaba sus relaciones interpersonales, el trabajo, el estudio, otros)	<input type="checkbox"/> Egreso de una institución penitenciaria o de reclusión
<input type="checkbox"/> Es migrante sin redes de apoyo	<input type="checkbox"/> Ha presentado antecedentes de habitanza de calle
<input type="checkbox"/> Abuso sexual	<input type="checkbox"/> Empleó del tiempo libre en actividades no productiva
<input type="checkbox"/> Otro, cuál _____	

Integración social

23. Actualmente se encuentra en contacto con

<input type="checkbox"/> Familiares*	<input type="checkbox"/> Instituciones
<input checked="" type="checkbox"/> Amigos o conocidos	<input type="checkbox"/> Otros

Frecuencia

<input checked="" type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Semanal
<input type="checkbox"/> Al menos una vez al mes	<input type="checkbox"/> Mas de una vez al mes
<input type="checkbox"/> Al menos una vez cada seis meses	<input type="checkbox"/> Al menos una vez al año

24. En el último mes, el lugar donde usted duerme o vive lo compartió con: (Puede seleccionar varias respuestas)

<input type="checkbox"/> Con familiares (padres o padrastros, sus hijos y/o hijastros, sus hermanos/ hermanastros, otros familiares)	<input type="checkbox"/> Su pareja
<input type="checkbox"/> Amigos	<input type="checkbox"/> Otras personas. Cuales _____

Nadie

25. De las siguientes actividades seleccione las dos a las que dedica mayor cantidad de tiempo en el día:

Generar ingresos

Educación/ cultura

Consumir o estar bajo efecto de Sustancias Psicoactivas SPA

Otro, cuál _____

Asistir a servicios sociales

Deporte y/o actividades recreativas

Asistir a servicios de salud

26. En el último mes, cuando tuvo las siguientes necesidades acudió con mayor frecuencia a: (seleccione una respuesta por fila)

Vecinos, conocidos o familiares

Ninguna

Servicios sociales y de salud

Necesidades:

Alimentos

Dinero

Asearse

Recreación

Dormitorio

Salud

27. ¿Sabe leer y escribir?

SI

NO

28. El último nivel educativo que estudió fue:

Ninguno

Básica primaria completa

Básica secundaria completa

Media académica / Media técnica completa

Normalista

Postgrado

Preescolar

Básica primaria Incompleta

Básica secundaria incompleta

Media académica / Media técnica incompleta

Superior (universitaria)

Sin información

29. ¿En los últimos 30 días ha sufrido uno de las siguientes situaciones de afectación a su integridad?

Violencia interpersonal (agresión intencional que tiene como resultado una lesión o daño)

Violencia sexual

Violencia física

Violencia psicológica (verbal, emocional)

Lesiones por eventos de transporte

Lesiones accidentales

Mendicidad obligada (coacción)

Intercambio de sexo por dinero, protección o drogas

Violencia entre familiares

Violencia contra niños, niñas y adolescentes

Violencia de pareja

Violencia entre otros familiares

Violencia al adulto mayor

Ninguna

SITUACIONES

30. ¿Denunció estas situaciones?

SI

NO

¿Cuál? _____

31. ¿Le brindaron información para acceder a la ruta de atención cuando denunció?

SI

NO

32. Su principal fuente de ingreso es: (seleccione una respuesta)

Trabajo informal

Dinero que recibe de la familia o redes de apoyo

Actividades relacionadas con comercio o distribución de sustancias psicoactivas

Actividades sexuales pagadas

Otro, cuál _____

Condiciones de salud

33. Usted cree que actualmente tiene

Problemas de salud física que requieren atención

SI

NO

Problemas de salud mental que requieren atención

SI

NO

NINGUNA

34. En el último mes, tuvo un problema grave de salud, o alguien le manifestó preocupación por situaciones de su salud relacionadas con:

SITUACIONES

ESTA ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO

Sistema digestivo (diarrea, vómito)

SI

NO

Sistema respiratorio (tos frecuente, dificultad respiratoria, gripa, asma, EPOC)

SI

NO

Tuberculosis

SI

NO

Afecciones de piel (úlceras, flebitis, granos, caranchos, ladillas, piojos)

SI

NO

Sistema cardiovascular (úlceras varicosas, problemas del corazón, soplos, hipertensión)

SI

NO

Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos)

SI

NO

Afecciones vías urinarias (ardor para orinar)

SI

NO

Infecciones de Transmisión sexual (venéreas)

SI

NO

Sífilis, Gonorrea

SI

NO

Hepatitis

SI

NO

VIH

SI

NO

Depresión, ansiedad u otra enfermedad mental

SI

NO

Intento de suicidio

SI

NO

Consumo de Sustancias Psicoactivas-SPA

SI

NO

Sobredosis

SI

NO

Convulsiones

SI

NO

Como consecuencia de una lesión por accidente

SI

NO

Como consecuencia de una lesión por violencias

SI

NO

Problemas odontológicos

SI

NO

Eventos relacionados con la gestación

SI

NO

Ninguna de las anteriores

SI

NO

Otro, cuál _____

35. Qué hizo cuando se presentó el problema de salud más grave? (en caso de que haya realizado más de una de las posibilidades listadas, señale las dos que más utilizó)
- Se cuidó solo
 - Fue a una farmacia
 - Fue a un servicio de alojamiento
 - Fue donde una persona reconocida como sanador que no es profesional de salud

- Pidió ayuda a un familiar o amigo
- Fue a hospital o centro de salud
- Fue donde una autoridad indígena espiritual (taita o chaman)
- Nada

36. Tiene usted alguna dificultad para realizar las siguientes actividades (puede seleccionar varias respuestas)
- Oír la voz o los sonidos
 - Ver de cerca, de lejos o alrededor
 - Agarrar o mover objetos con las manos
 - Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)
 - Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos, respiratorios

- Hablar o conversar
- Mover el cuerpo, caminar
- Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)
- Relacionarse o interactuar con las demás personas
- Ninguna de las anteriores

37. Consume actualmente Sustancias Psicoactivas SPA?

- SI NO

38. Qué tipo de tratamiento (atención en salud) ha recibido para el consumo de SPA
- Ninguno
 - Residencial-cerrado-internado
 - Hospital día

- Consulta externa
- Ambulatorio-abierto
- Hospital noche

39. Ha tenido sobredosis por consumo de drogas en el último año?

- SI NO

40. Recibió tratamiento por la sobredosis?

- SI NO

41. Cuáles son las dos principales sustancias que ha consumido en los últimos tres meses, cuál es la vía de administración y la frecuencia de consumo:

SUSTANCIAS

- Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros, etc.)
- Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)
- Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)
- Cocaína (perico, piedras, crack, etc.)
- Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis, etc.)
- Inhalables (gases nitrosos, adhesivos, combustible, solventes de pintura, etc.)
- Sedantes o Píldoras para dormir (Diazepam, Alprazolam, Flunitrazepam, Alucinógenos (LSD, ácido, hongos, trips, Ketamina, etc.)
- Opiáceos (heroína, morfina, metadona, Buprenorfina, codeína, etc.)
- Otro tipo - especificar*

FORMA DE CONSUMO

Oral	Fumada	Inhalada	Esnifada	Inyectada	Otra cual?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Con que frecuencia la consume:

- Una o dos veces
- Semanalmente

- Mensualmente
- Todos o casi todos los días

Otros aspectos relevantes para el territorio

43. Lugar de la entrevista

- Espacio público (Acera, parque, playa, etc.)

- Dormitorio transitorio (hotel, pago por día, inquilinato, residencia, camarote)

Servicio social

Vivienda de un familiar o conocido

otro Cual

44. Municipio en el que vivió antes de éste Siempre ha vivido en este

No se acuerda

Nombre del municipio

45. Migrante

SI ~~NO~~

Regular

Irregular

Nombre país de origen colombiano

46. Se encuentra inscrito en algun programa de la Alcaldía

SI

~~NO~~

47. Cual es el programa _____

Nombre de quien realiza la encuesta Paola Sánchez López

POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LOS DATOS. Al proporcionar sus datos personales a través de este formulario, usted otorga su consentimiento para que se recojan, almacenen y utilicen de acuerdo con nuestra política de tratamiento de datos. Puede consultarla en la página web de la DTSC en <https://saluddecaldas.gov.co/>. Sus datos serán utilizados únicamente con fines específicos relacionados con nuestro ejercicio, y no serán compartidos con terceros sin su consentimiento. Además, usted tiene el derecho de acceder, modificar o eliminar sus datos personales en cualquier momento, así como de revocar su consentimiento.