FICHA PARA LA IDENTIFICACION Y CARACTERIZACION DE PERSONAS HABITANTES DE LA CALLE.

	I. **LOCALIZACION**	**Fecha:**

DEPARTAMENTO: **MUNICIPIO:**

II IDENTIFICACION DEL ENTREVISTADO

Tiene o ha Tenido Documento de Identificación: **SI** **NO** **EDAD:** ☐

2.1. TIPO DE IDENTIFICACION: **NACIONALIDAD:** _____

C.C. **T.I.** **PPT** **Número de Identificación**: _____

1er. Nombre_____ 2do. Nombre: _____
1er.apellido: _____ 2do. Apellido: _____

Sexo: Masculino: ☐ **Femenino:** ☐ **LGBTI:** ☐ **Discapacidad: SI:** ☐ **NO:** ☐

2.2 De acuerdo con su cultura, pueblo, o rasgos usted se reconoce como:

☐ Indígena Nombre del Pueblo Indígena: _____ ☐ Raizal ☐ Palenquero

☐ Afrocolombiano. ☐ Ninguna de Las Anteriores.

III HABITOS DE VIDA

3.1 ¿En el último mes cuanto tiempo durmió en la calle?

Señale una sola respuesta.

☐ No Durmió en la Calle

☐ Una semana o menos

☐ Mas de una semana en el Mes

☐ Todo el Mes

3.2 En el último mes ¿Cuál fue el espacio en que durmió con mayor frecuencia (seleccione una respuesta)

☐ Espacio Público.

☐ Vivienda de un familiar, conocido o amigo.

☐ En un hogar transitorio de paso.

☐ Cambuche.

3.3 Señale si usted aún vive en un espacio:

- [ ] Propio.
- [ ] Arrendado o alquilado.
- [ ] De propiedad de familiares, amigos o conocidos.
- [ ] No tiene Acceso a ningún espacio, solo la calle.

3. 4 Hace cuanto tiempo se encuentra en situación de Calle (seleccione una sola respuesta)

- [ ] Menos de un Mes.
- [ ] Entre 1 y 3 meses.
- [ ] Entre 4 y 12 meses.
- [ ] Mas de 1 año.

3.5.¿Cuáles son las 2 principales razones para que se encuentre en situación de calle?

- [ ] Conflictos de convivencias con familiares o personas con las que vivió
- [ ] Violencia Intrafamiliar
- [ ] Perdida de fuente de ingresos o empleo.
- [ ] Violencia de Pareja
- [ ] Abuso Sexual
- [ ] Voluntad propia.
- [ ] otra: Cual_____

3.6 De los siguientes factores cuál cree que tiene mayor impacto es su vida actualmente: (seleccione una respuesta).

- [ ] Falta de trabajo o fuente de ingresos.
- [ ] Falta de un lugar donde vivir.
- [ ] No tiene ingresos.
- [ ] Falta de acceso y/o tratamiento para temas de salud
- [ ] Es víctima de algún tipo de violencia.

Otro _____ Cual. _____

3.7 Cual es el principal motivo para continuar viviendo en la calle?

- [ ] No tiene ingresos.
- [ ] El consumo de sustancias psicoactivas no me permite desarrollar actividades cotidianas y laborales en un espacio diferente a la calle.
- [ ] Problemas con la Justicia o búsqueda de anonimato.
- [ ] Falta de acceso y/o tratamiento para temas de salud
- [ ] No cree que pueda vivir de otra forma.

Otro _____ Cual. _____

IV. INTEGRACION SOCIAL

4.1 ¿En el Último Mes, el lugar donde donde usted duerme o vive lo compartió con quién?

4.2 Su Principal fuente de ingreso es:

4.3 El ultimo nivel educativo que estudio. (seleccione una respuesta).

- ☐ Prescolar.
- ☐ Básica Primaria Completa.
- ☐ Básica Primaria Incompleta.
- ☐ Básica Secundaria Completa
- ☐ Básica Secundaria Incompleta.
- ☐ Media Académica/ media académica Completa.
- ☐ Media Académica/ media académica Incompleta.
- ☐ Normalista.
- ☐ Superior (Universitaria).
- ☐ Postgrado.
- ☐ Sin Formación.

4.4 En los últimos 30 dias ha sufrido una de las siguientes situaciones de afectación a su integridad:

	SI	NO
Violencia interpersonal		
. Violencia Sexual		
. Violencia física		
. Violencia Psicológica (Verbal o Emocional)		
. Mendicidad Obligada		
. Violencia entre Familiares		

V CONDICIONES D SALUD.

5.1 Usted cree que actualmente tiene:

Problemas de salud física que requieren atención: **SI:** ☐ **NO:** ☐

Problemas de salud mental que requieran atención: **SI:** ☐ **NO:** ☐

5.2 En el último mes tuvo algún problema grave de salud o alguien le manifestó preocupación por situaciones de su salud.

	SI	NO
. Sistema Digestivo (Diarrea- vomito)		
. Sistema Respiratorio, (tos frecuente, dificultad respiratoria, gripe, asma).		
. Tuberculosis		
. Afecciones de la Piel, (granos, piojos, ladillas, flebitis.)		
. Sistema Cardiovascular (ulceras varicosas, soplos, Hipertensión).		
. Afecciones de los ojos (ardor, Ojos rojos.)		
. Afecciones de vías urinarias.		
. Infecciones de transmisión sexual.		
. Depresión, ansiedad, u otra enfermedad mental.		
. Intento de suicidio		
. Consumo de sustancias psicoactivas SPA		
. Como Consecuencia de una lesión por accidente		
. Como consecuencia de una lesión por Violencia		
. Problemas Odontológicos		
. Eventos relacionados con la Gestación.		

5.3 ¿Qué hizo cuando se presento el problema de salud más grave?

5.4 Consume Actualmente Sustancias Psicoactivas SPA: **SI:** ☐ **NO:** ☐

5.5 Que tipo de tratamiento (atención en salud) ha recibido por el consumo de Sustancias Psicoactivas SPA

Ninguno ☐

Consulta Externa: ☐

1.Residencial 2. Cerrado – 3. Intermedio: ☐ ☐ ☐

5.6 Ha tenido sobredosis por consumo de drogas el último año:

SI	NO

5.7 Recibió Tratamiento por Sobredosis:

SI	NO

5.8 Cuales son las dos principales sustancias que ha consumido en los últimos 3 meses, Cual es la vía

¿De administración y la frecuencia de consumo?

Nombre de la sustancia	Oral
Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, churro, etc.)	
Marihuana	
Basuco.	
Cocaína.	

Otros: _____

VI. OTROS ASPECTOS RELEVANTES PARA EL TERRITORIO

6.1 Lugar de la entrevista: _____

Seleccione solo una respuesta.

- ☐ Espacio público.
- ☐ Dormitorio transitorio
- ☐ Servicio Social
- ☐ Vivienda de un familiar o conocido.
- ☐ Otro ¿Cuál? _____

6.2 Municipio en el que ha vivido antes de este.

- ☐ Siempre he vivido en este municipio.
- ☐ No se Acuerda.

Nombre del municipio ¿Cuál? _____

6.3 En caso de no contar con Documento de Identidad ¿ha realizado algún trámite para obtenerlo?

SI ☐ **NO** ☐

6.4 Tiene algún medio para poder contactarlo: SI: ☐ NO: ☐ cual: _____

6.5 Sabe si este afiliado a alguna EPS: SI: ☐ NO: ☐

6.6 Sabe si hay programas sociales de la alcaldía Municipal que lo atiendan: SI: ☐ NO: ☐