

CUÍDATE - CUÍDAME



Hagamos un pacto
CUÍDATE CUÍDAME

Departamento de Caldas

Proyecto Implementación de Atención Primaria Social como Estrategia para el Desarrollo Territorial del Departamento de Caldas.

CARTILLA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA FICHA FAMILIAR

ADAPTACIÓN REALIZADA POR:

MERCEDES PINEDA GARCÍA
Enfermera Especializada en Administración de Servicios de Salud.
Diplomada en SGSSS y Auditoría
Verificadora de las Condiciones de Habilitación de las IPS

CARLOS LONDOÑO ARISTIZABAL
Médico Salubrista. Asesor de la DTSC Estrategia APS.

LUIS FERNANDO RENDÓN VILLEGAS
Médico Epidemiólogo
Asesor Subdirección de Salud Pública y Dirección General

DIANA CAROLINA ARIAS QUINTANA
Enfermera Especializada en Administración de Servicios de Salud.

YULI TATIANA MUÑOZ MUÑOZ
Enfermera APS

DIRECTOR GENERAL:
GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS



Manizales, Octubre 2015
Sede Principal
Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
Manizales, Caldas
e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

INTRODUCCIÓN

La Estrategia de APS, es una estrategia eminentemente social que trasciende el sector salud, pues se requiere garantizar la transectorialidad, intersectorialidad e interinstitucionalidad, con un objetivo común y es la intervención del riesgo individual, familiar y comunitario de la población de acuerdo a los determinantes sociales que están afectando las dimensiones del desarrollo como son la ambiental, social, poblacional y económica; por tanto demanda trabajar unificadamente con todos los agentes del SGSSS, y con los demás Sectores en aras de dar cumplimiento a los lineamientos conceptuales y operativos que enmarca el proyecto de Atención Primaria Social, en bien de la salud de la comunidad del Departamento de Caldas.

Para la intervención de los riesgos de las diferentes familias se debe tener un diagnóstico el cual parte de la caracterización de cada familia según las variables de la ficha familiar, siendo ésta un instrumento dinámico toda vez que debe actualizarse permanentemente en la medida que se van interviniendo los riesgos de los individuos, las familias y las comunidades, buscando generar transformaciones de paradigmas en la comunidad, mediante la educación, concertación de planes caseros, seguimientos al cumplimiento de los mismos, planeando gradualmente el cambio de comportamientos de riesgo y mejorando su **AUTOCUIDADO** enmarcado en las actividades que desarrolla la estrategia de **CUIDATE-CUIDAME**



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
 Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

JUSTIFICACIÓN

La ficha familiar es entonces, un instrumento para el levantamiento de información social, económica y del estado de salud de las comunidades para la toma de decisiones y el seguimiento de las acciones que propendan por el bienestar en el contexto individual, familiar y colectivo.

Qué fines se persiguen al aplicar la ficha familiar:

- Organizar información por familia, comunidad y entorno para un diagnóstico básico de cada con información de población, vivienda, salud y educación, saneamiento básico.
- Identificar los riesgos por familias y focalizar las intervenciones y seguimientos.
- Realizar la planificación de actividades integrales y transectoriales a las familias caracterizadas que tengan riesgo alto y medio.

El aplicativo permite levantar la información en medio físico (ficha o tarjeta familiar) para el conocimiento de la familia y en un segundo momento digitalarla para su consolidación, la generación de reportes, el análisis e la interpretación por parte de los administradores de los diferentes sectores.

La ficha familiar identifica a la familia a partir de la comunidad de la cual hace parte, por lo tanto se incluye la ubicación política administrativa, geográfica y de riesgo en que se encuentra la vivienda frente al entorno, caracteriza a los miembros de la familia en diferentes variables demográficas y sociales que particularizan sus necesidades.

Las autoridades de salud que aplican este sistema de información de base comunitaria para la atención primaria social, dispondrán de información para la construcción de mapas de riesgo, caracterización de la población por grupos etarios y étnicos, estado de aseguramiento, población discapacitada y desplazada, como también la ocupación, escolaridad, antecedentes en salud mental y finalmente la evaluación de las condiciones sanitarias de la vivienda. Información que resultará de utilidad para el análisis de la situación de salud y la formulación de los planes territoriales de salud.



Sede Principal

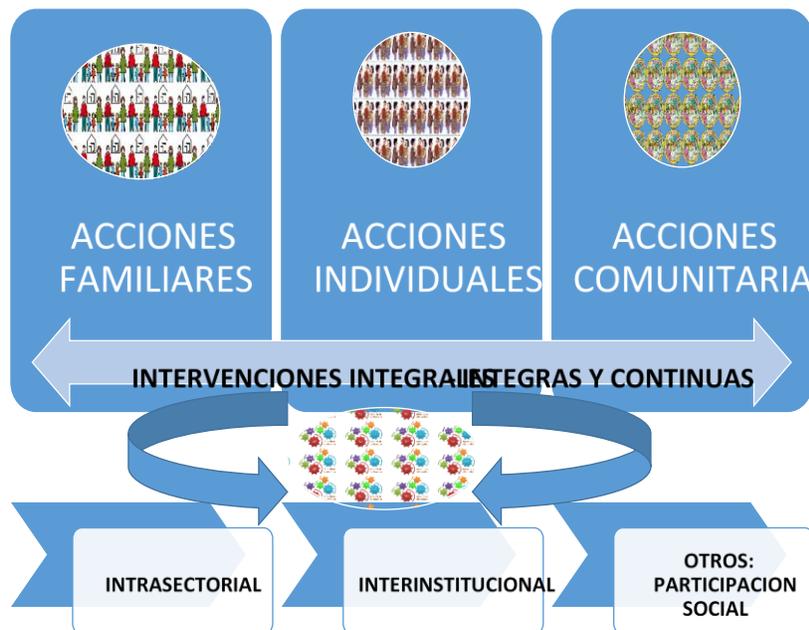
Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
 Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

OBJETIVO:

Caracterizar y sistematizar las familias del Departamento de Caldas para identificar los riesgos en el marco de las dimensiones de: Nutrición, Salud mental, Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, Vida Saludable y Condiciones no Transmisibles, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Fortalecimiento de la promoción de hábitos y estilos de vida saludable, Programa Ampliado de Inmunización, Control de Enfermedades Crónicas Transmisibles y Salud Ambiental, salud, así como también se identifican la variables que si bien no son parte del sector salud también requieren intervención, entendiendo que APS es la construcción de una coalición intrasectorial e intersectorial, por ello también se incluyen variables en educación, clasificación Socioeconómica de una familia a través de la encuesta SISBEN, deporte y cultura para el manejo del tiempo libre , medio ambiente, vivienda, servicios públicos, vías, y algunas otras de las áreas sociales, para su intervención multidisciplinaria de conformidad con los factores de riesgo determinados en la Ficha familiar.



Elaborado: Mercedes Pineda García. Enfermera Especializada en Admón. de Servicios de Salud. Verificadora

A continuación se presentan las indicaciones que se deben tener en cuenta para diligenciar de manera correcta la ficha y permitir su posterior consolidación:

OBSERVACIÓN:

Adjunto se encuentra el anexo del Paso a Paso de la planeación del trabajo de Campo para caracterización de las familias mediante la ficha familiar.

CUÍDATE - CUÍDAME

DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre de la institución: Anote el nombre de la institución de salud del municipio que esté aplicando este instructivo. Ej. Nombre del Hospital, Centro de Salud o Secretaría de Salud.

CAS: Identifique con números a la Célula de Acción Social que está visitando, de acuerdo a la sectorización que planificó su municipio.

Municipio: Anote el nombre del municipio que corresponda, donde se esté aplicando este registro. En caso de ser un corregimiento importante, por favor especifíquelo, ej.: Arma (Aguadas), Samaria (Filadelfia), Monte bonito (Marulanda), Arauca (Palestina).

Dirección: Anote la dirección clara y completa en zona urbana, calle o carrera y el número de la puerta de la vivienda.

Barrio o vereda: Anote el nombre de la vereda o del barrio de acuerdo a la nomenclatura del municipio.

Nombre de la finca: En el caso de ser en el área rural donde no se cuenta con dirección registre el nombre de la finca. Si la comunidad encuestada es indígena o especial, anote el nombre del resguardo.

Fecha de la visita: Escriba el día, mes y año que corresponda a la visita, en números arábigos en el formato día-mes-año. Ejemplo: 31-10-08

Nombre del cabeza de familia: Escriba el nombre de la persona correspondiente a la cabeza de familia (padre, madre, o quien provee los recursos para el sostenimiento de la familia) del hogar encuestado.

Nota: Familia corresponde al grupo de personas que viven en una casa y cocinan en un mismo recipiente u olla. En una misma vivienda puede haber más de una familia acorde al número de ollas en que cocinan y en tal caso se diligencia una ficha por cada familia teniendo la precaución de anotarle el mismo número a la vivienda. Los inquilinatos a menudo tienen un solo fogón colectivo y a pesar de ello, el entrevistador deberá delimitar claramente a cada familia según los espacios que ocupen o contratos de arrendamiento que tienen con el arrendador.

Teléfono contacto: Anote el teléfono del cabeza de familia. En caso de no contar con este dato, busque el número telefónico de otro miembro de la familia o de un contacto cercano que puede corresponder al vecino de más confianza.

Vivienda Número: Anote el número de vivienda iniciando en orden consecutivo por CAS, barrio o vereda.

Familia número: Anote el número de la familia que corresponda dentro de cada vivienda cuando hay más de una familia habitándola. Ej.: Familia 1, 2, 3.

Carné Sisbén: Registre **SI**, cuando a la familia le han realizado la clasificación del Sisbén o **No**, cuando pertenece a un grupo específico de los que sólo se les aplica el listados censales (Población en situación de desplazamiento, niño y niñas que se encuentren bajo la custodia de ICBF, Adultos mayores que no tienen pensión y que se encuentran en ancianatos, Indígenas, desmovilizados, Reinsertados, Personas habitantes de calle).



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
 Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

- (N), ninguno
 (P), preescolar
 (1, 2, 3, 4, 5), **primaria**
 (6, 7, 8, 9, 10, 11), **secundaria**
 (T), técnico o tecnólogo
 (U), universidad
 (E), especialización
 (M), magister
 (D), doctorado

Ausentismo escolar: Es la falta de asistencia (justificada e injustificada) por parte del alumno a su institución escolar dentro de la jornada lectiva, siendo esta una práctica habitual o regular. Anote SÍ cuando evidencie esta práctica, de lo contrario registre NO.

Nota: Se considera que hay ausentismo solo después de los **6 años de edad**.

ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN Y DETECCIÓN PARA EL GRUPO DE EDAD DE 0 A 9 AÑOS

En las siguientes casillas registre los programas de acuerdo a la edad a los cuales asiste el niño o niña.

Control de C y D: Corresponde al control de Crecimiento y Desarrollo. Los beneficiarios de este programa son todos los niños y niñas **menores de 10 años**, que viven en el territorio colombiano.

ESQUEMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: Según lo establecido en la Resolución 412 de 2000:

ACTIVIDAD	PERIODICIDAD	CONCENTRACIÓN
Identificación e inscripción temprana	Al nacimiento o primer mes de vida	1 Vez al año
Consulta médica 1ª vez.	Desde el primer mes de vida	1 Vez al año
Consulta de seguimiento por enfermera.	< De 1 año: 1-3m; 4-6m; 7-9m; 10-12m.	4 veces al año
	De 1 año: 13-16m; 17-20; 21-24m.	3 veces al año
	De 2 a 4 años: 25-30m; 31-36m; 37-48m; 49-60m.	4 veces año
	De 5 a 7 años: 61-66m; 67-72m; 73-78m; 79-84m.	4 veces año



Sede Principal
 Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
 Manizales, Caldas
 e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

De 8 a 9 años: Cada año	3 veces año
--------------------------------	-------------

Si el niño asiste al control de C y D de acuerdo a su edad y presenta el carné correspondiente registre SÍ, o de lo contrario NO, si no posee el carné en el momento verifique que efectivamente asiste al control y luego registre.

Estado nutricional: Identifique en la curva del carné de C y D, el estado actual nutricional del niño según corresponda y registre SÍ cuando corresponda.

Bajo peso: si hay disminución en uno de los canales respecto a la talla, por debajo de la desviación estándar -1.

Retraso en la talla: si hay disminución de uno o más canales en la talla respecto a la edad.

Desnutrición global: si hay disminución del peso respecto con la edad.

Exceso de peso: Cuando el canal de peso está por encima del percentil del crecimiento individual del niño y se observa un niño gordo.

Normal: Cuando la curva de peso y talla van en ascenso o el niño se observa en aparentes buenas condiciones de peso y talla para su edad.

Para los menores entre los 5 y 10 años se considera el estado nutricional de la siguiente manera:

Déficit: Cuando la valoración Índice de Masa Corporal -IMC- se encuentra debajo de la desviación estándar -1. Igualmente hay deficiencia o retraso en la talla cuando la talla respecto con la edad se encuentra debajo de la desviación estándar -2.

En caso de encontrar al menor en esta categoría, anote SÍ en bajo peso.

Exceso de peso: Cuando la curva de IMC va en ascenso sobre el canal +1.

Normal: Cuando la curva de Índice de Masa Corporal -IMC- y la talla van en ascenso (Entre los canales -1 y +1) o el niño se observa en aparentes buenas condiciones de peso y talla para su edad.

Nota: Además, cuando existe algún tipo de desnutrición el niño podría observarse flaco, pequeño para la edad, con pelo quebradizo y despigmentado, mirada triste, manchas en los dientes, edema en cara, manos y pies, entre otros signos.

Si no cuenta con el documento de **C y D**, determine el estado nutricional de acuerdo a su percepción personal (**No importa que el evaluador se equivoque; lo importante es generar alertas tempranas**).

Talla: Anote la estatura o talla del niño en centímetros.

Peso: Anote el peso del niño en kilogramos, si es preciso use decimales para mayor exactitud.

Lactancia: Indague sobre la lactancia en los menores de 2 años. Anote el número de semanas que recibió lactancia exclusiva en el campo Exclusiva. Y luego anote el número de semanas que recibió lactancia complementaria en el respectivo campo. Escriba **0 (cero) en los campos respectivos cuando el niño no recibió**



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46

Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

lactancia exclusiva o complementaria y en observaciones escriba la causa.
 Cuando no aplique registre NA (No Aplica) o trace una raya.

Esquema de vacunación: Registre el número de dosis aplicadas por biológico hasta la fecha de la visita, y actualícelo en cada visita si es necesario.

VACUNAS DESCRIPCIÓN:

BCG: Vacuna que previene la tuberculosis meníngea.

HB: Vacuna que previene la hepatitis tipo B.

POLIO: Vacuna que previene la poliomielitis.

PENTA: Vacuna que previene la meningitis por hemophilus influenzae, hepatitis B, difteria, tosferina y tétanos.

ROTAVIRUS: Vacuna que previene la gastroenteritis por rotavirus.

NEUMOCOCO: Vacuna que previene la infección por Streptococcus pneumoniae. (Otitis, faringitis, amigdalitis).

INFLUENZA: Vacuna contra algunas gripes del tipo Influenza A (H3N2 y H1N1) y del tipo B.

SRP: Vacuna que previene el sarampión, rubeola y paperas.

FA: Vacuna que previene la fiebre amarilla.

HA: Vacuna que previene la hepatitis tipo A.

DPT: Refuerzo para prevenir la difteria, tosferina y tétanos.

VPH: Vacuna para prevenir la infección por virus del papiloma humano en mujeres. Se debe aplicar entre los 9 -26 años. (3 dosis).



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
 Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

Esquema de vacunación		
Recién nacido	Lactancia materna exclusiva Tuberculosis B.C.G Hepatitis B	Única Única
2 meses	Lactancia materna exclusiva Polio (Oral - IM) PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenzae Tipo b y Difteria-Tosferina-Tetáno (DPT) Rotavirus Neumococo	Primera Primera Primera Primera
4 meses	Lactancia materna exclusiva Polio (Oral - IM) PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenzae Tipo b y Difteria-Tosferina-Tetáno (DPT) Rotavirus Neumococo	Segunda Segunda Segunda Segunda
6 meses	Continúe la lactancia materna hasta que cumpla dos años e inicie alimentación complementaria nutritiva Polio (Oral - IM) PENTAVALENTE: Hepatitis B, Haemophilus Influenzae Tipo b y Difteria-Tosferina-Tetáno (DPT) Influenza	Tercera Tercera Primera
7 meses	Influenza	Segunda
12 meses	Sarampión Rubéola Paperas (SRP) Fiebre Amarilla Neumococo Influenza Hepatitis A	Primera Primera Refuerzo Anual Única
18 meses	Difteria - Tosferina Tétano (DPT) Polio (Oral - IM)	1° Refuerzo 1° Refuerzo
5 años	Polio (Oral - IM) Difteria - Tosferina Tétano (DPT) Sarampión Rubéola Paperas (SRP)	2° Refuerzo 2° Refuerzo Refuerzo
Niñas 9 años o más	VPH	1° dosis 2° dosis a los seis meses 3° a los 60 meses (5 años)

Fuente: Ministerio de Salud, programa PAI

Tamización visual: Tener en cuenta que para este grupo de edad la Resolución 412 de 2000 determina que el **tamizaje visual es a los 4 años**; sin embargo si a esa edad no se realizó remitirlo para valoración.

Si al niño ya se le realizó tamización visual para la edad correspondiente (4años) marque **SI**; si por el contrario aún no se le realizó marque **NO** y remítalo. Recuerde que si el niño no ha alcanzado la edad para su tamización, registre **NA (No Aplica)** o trace una raya.

Tamización auditiva: Si al niño ya se le realizó tamización auditiva, marque con **SI**; si por el contrario aún no se le ha realizado marque **NO** y remítalo. Si el niño no ha alcanzado la edad para su tamización, registre **NA (No Aplica)** o trace una raya.

Salud oral: Tener en cuenta que para este grupo de edad la Resolución 412 de 2000 del MSPS y la Resolución 727 de 2014 de la DTSC que determinan el control de:

PROCEDIMIENTO	EDAD	NUMERO DE VECES POR AÑO
---------------	------	-------------------------



Sede Principal
Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
Manizales, Caldas
e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

Control de placa	2-9 años	2 veces al año
Sellantes	3-9 años	Según criterio odontológico
Barniz de flúor	1-5 años	2 veces al año, o según criterio odontológico
Flúor en gel	5-9 años	2 veces al año, o según criterio odontológico

Todo niño debe ser valorado por odontólogo cada seis meses desde el nacimiento.

Escriba **SI** cuando cumpla con la valoración y el tratamiento para su edad; **NO** cuando a pesar de la edad no lo han evaluado ni le han realizado el tratamiento correspondiente a la edad y remita.

Discapacitado: Si sufre alguna discapacidad anote **SÍ** en la casilla correspondiente así:

Motor: Si la discapacidad es motora (cuando la persona presenta dificultades para movilizarse, o para realizar actividades básicas cotidianas).

Sensorial: En el caso de que presente discapacidad sensorial (Auditiva, visual, o del lenguaje).

Mental: Cuando la persona presenta alguna discapacidad de tipo mental como dificultades para aprender y/o dificultades de conducta y de comportamiento.

Si no hay discapacidad escriba **NO** en cada casilla o trace una raya en las tres casillas. Detalle en observaciones si es preciso las características de la discapacidad.

Sospecha de maltrato: Luego de indagar y observar en la familia registre **SÍ** o **NO** existe sospecha de maltrato físico (se propinan golpes físicos o hay presencia de morados, fracturas), psicológico (gritos, maltrato verbal, menosprecio, negligencia) y/o abuso sexual.

Nota: Se puede sospechar maltrato incluso en algunos casos de desnutrición, inasistencia a los controles médicos o por ausentismo escolar en niños mayores. Amplíe en observaciones, las características del posible maltrato.

Trabajo infantil: El trabajo infantil tiene consecuencias de suma importancia en la educación de los niños, ya que muchos de los que trabajan no están escolarizados, o abandonan la escuela a una edad temprana, no asisten con regularidad, repiten cursos o presentan un escaso nivel de estudios. El trabajo infantil "...es toda actividad física o mental, remunerada o no, dedicada a la producción, comercialización, transformación, venta o distribución de bienes o servicios, realizada en forma independiente o al servicio de otra persona natural o jurídica, (...) por personas menores de 18 años de edad". Es aquella labor peligrosa y perjudicial para el bienestar físico, mental o moral del niño, y que además interfiere con su escolarización, puesto que lo priva de la posibilidad de asistir a clases, lo obliga a abandonar la escuela de forma prematura, o le exige combinar el estudio con una labor pesada y que insume mucho tiempo. Anote **SÍ**



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46

Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

cuando observe este tipo de actividad o de lo contrario anote **NO**. Amplíe en observaciones de ser preciso.

Trastorno mental: Registre **SÍ**, cuando observe algún tipo de trastorno mental: Fobias, depresión, esquizofrenia, trastornos psicóticos, trastornos de pánico, autoagresión, etc. De lo contrario anote **NO**.

Cáncer: Registre **SÍ**, cuando el menor padezca esta condición. De lo contrario anote **NO**.

Diabetes: Registre **SÍ**, cuando el menor padezca esta condición. De lo contrario anote **NO**.

Observaciones: Registre los datos que usted considere importantes y que permitan identificar riesgos para la salud. Si existe antecedente familiar de trastorno o patología mental regístrelo aquí. También podrá ampliar información sobre documentación, lactancia, vacunación, sospecha de maltrato, discapacidad, tamización, etc.

IDENTIFICACIÓN DE DATOS DE MUJERES DE 10 A 49 AÑOS.

Cada fila corresponde a una persona, registre los datos de menor a mayor edad. Recuerde que este grupo etario corresponde a las **niñas desde los 10 años hasta las mujeres de 49 años, 11 meses, 29 días de edad**.

Nombre y apellido: Registre el nombre y apellido completo de la persona que esté registrando. No olvide registrar de menor a mayor edad.

Fecha de nacimiento: Anotar en números arábigos el día, el mes y el año correspondientes a la fecha de nacimiento de la persona que está registrando. Ej.: 30/10/2008

Edad: Registre la edad en números.

Número del documento de identidad: Anote todos los números correspondientes al documento que identifica al individuo.

Nota: Si la persona no tiene documento de identidad por favor escriba INDOCUMENTADO y además deje anotado en las observaciones la causa de este hecho.

Parentesco: Escriba el parentesco que esta persona tiene con el cabeza de familia. Si existe un conviviente que no posee consanguinidad o afinidad con el cabeza de familia, anotar "no pariente".

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud, anote así: **C:** Contributivo, **S:** Subsidiado, **PNA:** Pobre no afiliado, **RE:** Régimen especial.

EPS: Empresa Promotora de Salud a la cual está afiliado en el régimen contributivo, subsidiado o especial. Si es pobre no afiliado, no es necesario anotar nada.

Lee / Escribe: Interrogue si la persona lee o escribe y marque con **SÍ** o **NO** según corresponda.

Escolaridad: Registre el número del año que esté cursando en el momento de la visita o el último año aprobado, así:

(N), ninguno



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
 Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

- (P), preescolar
 (1, 2, 3, 4, 5), **primaria**
 (6, 7, 8, 9, 10, 11), **secundaria**
 (T), **técnico o tecnólogo**
 (U), **universidad**
 (E), **especialización**
 (M), **magister**
 (D), **doctorado**

Ausentismo escolar: Es la falta de asistencia (justificada e injustificada) por parte del alumno a su institución escolar dentro de la jornada lectiva, siendo esta una práctica habitual o regular. Anote **SÍ** cuando evidencie esta práctica, de lo contrario registre **NO**.

Actividades de protección y detección.

Estado nutricional

Talla: Anote la estatura o talla de la persona en centímetros.

Peso: Anote el peso de la persona en kilogramos, si es preciso use decimales para mayor exactitud.

Planificación familiar: Registre **SÍ** cuando la persona planifica o **NO** cuando no lo hace. Si la respuesta es positiva diligencie las dos casillas siguientes, sino registre **NA** (No Aplica). Si la niña no ha alcanzado la edad de la menarquia, registre **NA** (No Aplica) o trace una raya y pase a vacunación.

Método: Averigüe sobre el método utilizado y regístrelo así: Implante Subdérmico (**impl.**), píldora (**pild.**), inyección (**iny.**), ligadura (**lig.**), dispositivo (**DIU**), barrera (**bar**) (óvulos, cremas, tabletas vaginales, condones masculino o femenino) y natural (**nat**).

Control PF: Verifique si está asistiendo a los controles y registre en la casilla correspondiente **SÍ** cuando ha asistido a control de acuerdo a la norma o **NO** sino ha asistido.

Tener en cuenta que según la Política de Salud Sexual y Reproductiva y la Resolución 412 de 2000 los controles de PF tiene una periodicidad según el método así:

Implante Subdérmico (impl.): a la semana, a los tres meses y luego Anual.

Píldora (pild.): Mínimo cada tres meses

Inyección (iny.): Mínimo cada seis meses

Ligadura (lig.): a la semana y a los tres meses.

Dispositivo (DIU): Si el DIU fue insertado intracésarea o post parto inmediato se hace en la consulta de puerperio (72 horas), al tercer mes y luego anual; si el DIU fue insertado post aborto o intervalo es al mes y luego anual.

Barrera como óvulos, cremas, tabletas vaginales, condones masculinos o femenino (**bar**): Mínimo cada tres meses.

Natural (nat): Anual



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
 Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

Gestante:

Embarazo: Anote **SÍ** o **NO** de acuerdo a si la mujer está en embarazo. En caso de no estar en embarazo pase a vacunación.

Trimestre: Reporte el trimestre en que se encuentra la gestante en el momento de la visita.

Control: Indique el número de controles prenatales a los que ha asistido la gestante, teniendo en cuenta que el control es mensual hasta la semana 36, a partir de estas semanas el control es quincenal

F.P.P.: Establezca la fecha probable de parto de la gestante en el formato día/mes/año.

VDRL: Verifique que la gestante ya tiene la serología para sífilis y anote **SÍ** o **NO**. Tener en cuenta que debe realizarse en el primer trimestre y en el tercero, pero si ingresa después de del primer trimestre igual deben tomarse los exámenes de ingreso.

VIH: Verifique que la gestante ya tiene la prueba para VIH y anote **SÍ** o **NO**. realizarse en el primer trimestre y en el tercero, pero si ingresa después del primer trimestre igual deben tomarse los exámenes de ingreso.

Suplementación: Verifique que la gestante está recibiendo suplementación con ácido fólico, hierro y calcio. Anote **SÍ** o **NO**.

Vacunación: Registre en la casilla correspondiente el número de dosis de **TD** que encuentre en el carné de vacunación, verifique si tiene o no las vacunas **TV** (triple viral), **SR** (sarampión, rubéola) y **VPH**.

Si la mujer está en embarazo verifique en qué semana de gestación se encuentra. A partir **de la semana 13** debe vacunarse con **influenza (antigripal)** y si está en la **semana 26** debe vacunarse con la **vacuna DPT acelular** para prevenir la tosferina. La vacuna de la **fiebre amarilla (FA)** se deberá verificar para las personas que vivan en zona de riesgo o que deban viajar al exterior o zonas endémicas.

Control puerperio: Verifique si la mujer asistió al control del puerperio (**72 horas post parto o post cesárea**), registre **SÍ** o **NO**, en la casilla correspondiente. Recuerde que solo aplica para las mujeres que han estado gestando en caso contrario registre **NA** (No Aplica) o trace una raya.

Última citología: Verifique la fecha de la última citología y regístrela. Para el resultado de la citología, anote **NORMAL** o **ANORMAL** según corresponda con el reporte de laboratorio de patología, de ser posible escriba el diagnóstico que aparece en la evaluación citológica. Si **NUNCA** se la ha realizado, coloque una X en la casilla correspondiente y remita. Si la mujer no ha alcanzado la edad para su tamización, registre **NA** (No Aplica) o trace una raya. Tener en cuenta que a las mujeres de 25 a 69 años con esquema 1-1-3 y si es por debajo de 25 años, se les toma la citología a aquellas mujeres que tengan vida sexual activa.

Autoexamen de mama: Indague si la mujer ha sido educada y practica el autoexamen de mama. Escriba **SÍ** o **NO** de acuerdo a la respuesta. Si la mujer no ha alcanzado la edad para su tamización, registre **NA** (No Aplica) o trace una raya.



Sede Principal
 Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
 Manizales, Caldas
 e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

Salud oral: Registre con **SÍ**, cuando se verifique que ha asistido a controles de salud oral

PROCEDIMIENTO	EDAD	NUMERO DE VECES POR AÑO
CONTROL DE PLACA	10-19 años	2 veces al año
	A partir de los 20 años	1 vez al año
SELLANTES	10- 15 años	Según criterio odontológico
Barniz de flúor	10-19 años	2 veces al año, o según criterio odontológico
Detartraje supra-gingival	12-19 años	2 veces al año, o según criterio odontológico
	A partir de los 20 años	1 vez al año

La resolución 727 de 2014 de la DTSC determina que para las gestantes deben ser captadas antes de la semana 12 para iniciar tratamiento odontológico, el cual debe ser terminado antes de la semana 26 de gestación con la finalidad de controlar la enfermedad periodontal y disminuir el factor de riesgo para Parto prematuro, bajo peso al nacer y Preeclampsia.

Toda persona debe tener valoración odontológica cada seis meses.

Consulta médica: Tener en cuenta que la asistencia a consulta médica de control según la norma técnica de alteraciones del joven establecidas según la resolución 412 de 2000 es: Registre en esta casilla **SÍ** o **NO** según lo encontrado. Si no se encuentra en las edades de la norma, registre **NA** (No Aplica) o trace una raya.

CONTROL	EDAD	PERIODICIDAD
ALTERACIONES AL JOVEN	10-29 AÑOS	1 control : 10-13 años
		2 control : 14-16 años
		3 control: 17-21 años
		4 control: 22- 25 años.
		5 control: 26- 29 años.



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46 Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

ALTERACIONES DEL ADULTO	>45 AÑOS	Cada 5 años.
--------------------------------	----------	--------------

Tamización visual: registre **SÍ** o **NO** y si es negativo remítalo al régimen de afiliación que corresponda. Si no se encuentra en las edades de la norma, registre **NA** (No Aplica) o trace una raya.

CONTROL	EDAD
TAMIZACION VISUAL	4 AÑOS
	11 AÑOS
	16 AÑOS
	45 AÑOS
	LUEGO DE LOS 45 AÑOS CADA 5 AÑOS.

Hemoglobina: registre **SÍ** o **NO** según corresponda, en caso negativo remítalo según el régimen de afiliación. Si no se encuentra en las edades, registre **NA** (No Aplica) o trace una raya.

EXAMEN	EDAD
HEMOGLOBINA	10 AÑOS
	11 AÑOS
	12 AÑOS
	13 AÑOS

Patologías de interés en salud pública: Anote **SI** o **NO** la mujer padece de alguna de estas enfermedades. En caso de sufrir otra patología anote cuál en el espacio correspondiente a observaciones de la visita.

Alcohol: Escriba **SÍ** o **NO** la mujer ingiere habitualmente bebidas alcohólicas.

Cigarrillo: Escriba **SÍ** o **NO** la mujer fuma habitualmente.

Sustancias psicoactivas: Escriba **SÍ** o **NO** la mujer usa drogas ilícitas. Si la respuesta es afirmativa escriba en observaciones el tipo de sustancia que consume.



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46 Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

Sospecha de maltrato: Luego de indagar y observar en la familia registre **SÍ** o **NO** existe sospecha de maltrato físico (se propinan golpes físicos o hay presencia de morados, fracturas), psicológico (gritos, maltrato verbal, menosprecio, negligencia) y/o abuso sexual.

Nota: Se puede sospechar maltrato incluso en algunos casos de desnutrición, inasistencia a los controles médicos o por ausentismo escolar en niños mayores. Amplíe en observaciones, las características del posible maltrato.

Trabajo infantil: El trabajo infantil tiene consecuencias de suma importancia en la educación de los niños, ya que muchos de los que trabajan no están escolarizados, o abandonan la escuela a una edad temprana, no asisten con regularidad, repiten cursos o presentan un escaso nivel de estudios. El trabajo infantil "...es toda actividad física o mental, remunerada o no, dedicada a la producción, comercialización, transformación, venta o distribución de bienes o servicios, realizada en forma independiente o al servicio de otra persona natural o jurídica, (...) por personas menores de 18 años de edad". Es aquella labor peligrosa y perjudicial para el bienestar físico, mental o moral del niño, y que además interfiere con su escolarización, puesto que lo priva de la posibilidad de asistir a clases, lo obliga a abandonar la escuela de forma prematura, o le exige combinar el estudio con una labor pesada y que insume mucho tiempo. Anote **SÍ** cuando observe este tipo de actividad o de lo contrario anote **NO**. Amplíe en observaciones de ser preciso.

Trastorno mental: Registre **SÍ**, cuando observe algún tipo de trastorno mental: Fobias, depresión, esquizofrenia, trastornos psicóticos, trastornos de pánico, autoagresión, etc. De lo contrario anote **NO**.

Discapacitado: Si sufre alguna discapacidad anote **SÍ** en la casilla correspondiente así:

Motor: Si la discapacidad es motora (cuando la persona presenta dificultades para movilizarse, o para realizar actividades básicas cotidianas).

Sensorial: En el caso de que presente discapacidad sensorial (Auditiva, visual, o del lenguaje).

Mental: Cuando la persona presenta alguna discapacidad de tipo mental como dificultades para aprender y/o dificultades de conducta y de comportamiento.

Si no hay discapacidad escriba **NO** en cada casilla o trace una raya en las tres casillas. Detalle en observaciones si es preciso las características de la discapacidad.

Actividad física semanal: Escriba el número de días a la semana en los que frecuentemente practica alguna actividad física diferente de las labores diarias en el espacio días. Realice la sumatoria de los minutos que resultan de los días de actividad y escríbalos en la columna donde aparece este signo Σ min.

Observaciones: Registre los datos que usted considere importantes y que permitan identificar riesgos para la salud. Si existe antecedente familiar de trastorno o patología mental regístrelo aquí. También podrá ampliar información

CUÍDATE - CUÍDAME

práctica habitual o regular. Anote **SÍ** cuando evidencie esta práctica, de lo contrario registre **NO**.

ACTIVIDADES DE PROTECCIÓN Y DETECCIÓN.

Estado nutricional

Talla: Anote la estatura o talla de la persona en centímetros.

Peso: Anote el peso de la persona en kilogramos, si es preciso use decimales para mayor exactitud.

Planificación familiar: Registre con **SÍ** cuando el individuo planifica o con **NO** cuando no lo hace. Si la respuesta es positiva diligencie las dos casillas siguientes, sino registre **NA** (No Aplica). Si el niño no ha alcanzado la edad de la espermarquia, registre **NA** (No Aplica) o trace una raya y pase a la casilla vacuna de fiebre amarilla.

Método: Averigüe sobre el método utilizado y regístrelo así: Vasectomía (**vas.**), condón (**con.**) y natural (**nat.**).

Nota: En caso de Planificar con condón verificar que la EPS esté entregando mensualmente mínimo los 10 condones que exige la norma

Control: Verifique si está asistiendo a los controles y registre en la casilla correspondiente **SÍ** cuando ha asistido a control de acuerdo a la norma o **NO** sino ha asistido. Debe asistir a control mínimo cada tres meses.

Vacuna fiebre amarilla: La vacuna de la fiebre amarilla (FA) se deberá verificar para las personas que vivan en zona de riesgo o que deban viajar al exterior o zonas endémicas.

Consulta médica: Salud oral: Registre con **SÍ**, cuando se verifique que ha asistido a controles de salud oral.

PROCEDIMIENTO	EDAD	NUMERO DE VECES POR AÑO
Control de placa	10-19 años	2 veces al año
	A partir de los 20 años	1 vez al año
Sellantes	10- 15 años	Según criterio odontológico
Barniz de flúor	10-19 años	2 veces al año, o según criterio odontológico
Detartraje supra-gingival	12-19 años	2 veces al año, o según criterio odontológico
	A partir de los 20 años	1 vez al año

TODA PERSONA DEBE TENER VALORACIÓN ODONTOLÓGICA CADA SEIS MESES.



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

Consulta médica: Tener en cuenta que la asistencia a consulta médica de control según la norma técnica de alteraciones del joven establecidas según la resolución 412 de 2000 es:

Registre en esta casilla SÍ o NO según lo encontrado. Si no se encuentra en las edades de la norma, registre NA (No Aplica) o trace una raya.

CONTROL	EDAD	PERIODICIDAD
ALTERACIONES AL JOVEN	10-29 AÑOS	1 control : 10-13 años
		2 control : 14-16 años
		3 control: 17-21 años
		4 control: 22- 25 años.
		5 control: 26- 29 años.
ALTERACIONES DEL ADULTO	>45 AÑOS	Cada 5 años.

Tamización visual: registre SÍ o NO y si es negativo remítalo al régimen de afiliación que corresponda. Si no se encuentra en las edades de la norma, registre NA (No Aplica) o trace una raya.

CONTROL	EDAD
TAMIZACION VISUAL	4 AÑOS
	11 AÑOS
	16 AÑOS
	45 AÑOS
	LUEGO DE LOS 45 AÑOS CADA 5 AÑOS.

Próstata en mayores de 45 años: Verifique si la persona ya se realizó el examen de próstata. Anote la fecha del examen, escriba el resultado como **NORMAL** o **ANORMAL**, si es posible escriba el diagnóstico que aparece en reporte. Si la persona mayor de 45 años aún no se ha realizado el examen, escriba una X en



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46 Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

NUNCA. Y remita. Recuerde que si la persona es menor de la edad descrita, registre **NA** (No Aplica) o trace una raya.

Enfermedades de interés en salud pública: Anote **SÍ** o **NO** la persona padece de alguna de estas enfermedades. En caso de sufrir otra patología anote cuál en el espacio correspondiente a observaciones de la visita.

Discapacitado: Si sufre alguna discapacidad anote **SÍ** en la casilla correspondiente así:

Motor: Si la discapacidad es motora (*cuando la persona presenta dificultades para moverse, o para realizar actividades básicas cotidianas*).

Sensorial: En el caso de que presente discapacidad sensorial (Auditiva, visual, o del lenguaje).

Mental: Cuando la persona presenta alguna discapacidad de tipo mental como dificultades para aprender y/o dificultades de conducta y de comportamiento.

Si no hay discapacidad escriba **NO** en cada casilla o trace una raya en las tres casillas. Detalle en observaciones si es preciso las características de la discapacidad.

Alcohol: Escriba **SÍ** o **NO** la persona ingiere habitualmente bebidas alcohólicas.

Cigarrillo: Escriba **SÍ** o **NO** la persona fuma habitualmente.

Sustancias psicoactivas: Escriba **SÍ** o **NO** la persona usa drogas ilícitas. Si la respuesta es afirmativa escriba en observaciones el tipo de sustancia que consume.

Sospecha de maltrato: Luego de indagar y observar en la familia registre **SÍ** o **NO** existe sospecha de maltrato físico (se propinan golpes físicos o hay presencia de morados, fracturas), psicológico (gritos, maltrato verbal, menosprecio, negligencia) y/o abuso sexual.

Nota: Se puede sospechar maltrato incluso en algunos casos de desnutrición, inasistencia a los controles médicos o por ausentismo escolar en niños mayores. Amplíe en observaciones, las características del posible maltrato.

Trabajo infantil: El trabajo infantil tiene consecuencias de suma importancia en la educación de los niños, ya que muchos de los que trabajan no están escolarizados, o abandonan la escuela a una edad temprana, no asisten con regularidad, repiten cursos o presentan un escaso nivel de estudios. El trabajo infantil "...es toda actividad física o mental, remunerada o no, dedicada a la producción, comercialización, transformación, venta o distribución de bienes o servicios, realizada en forma independiente o al servicio de otra persona natural o jurídica, (...) por personas menores de 18 años de edad". Es aquella labor peligrosa y perjudicial para el bienestar físico, mental o moral del niño, y que además interfiere con su escolarización, puesto que lo priva de la posibilidad de asistir a clases, lo obliga a abandonar la escuela de forma prematura, o le exige combinar el estudio con una labor pesada y que insume mucho tiempo. Anote **SÍ** cuando observe este tipo de actividad o de lo contrario anote **NO**. Amplíe en observaciones de ser preciso.



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
 Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

Trastorno mental: Registre **SÍ**, cuando observe algún tipo de trastorno mental: Fobias, depresión, esquizofrenia, trastornos psicóticos, trastornos de pánico, autoagresión, etc. De lo contrario anote **NO**.

Actividad física semanal: Escriba el número de días a la semana en los que frecuentemente practica alguna actividad física diferente de las labores diarias en el espacio días. Realice la sumatoria de los minutos que resultan de los días de actividad y escríbalos en la columna donde aparece este signo Σ **min**.

Observaciones: Registre los datos que usted considere importantes y que permitan identificar riesgos para la salud. Si existe antecedente familiar de trastorno o patología mental regístrelo aquí. También podrá ampliar información sobre documentación, vacunación, sospecha de maltrato, discapacidad, consumo, tamización, etc.

IDENTIFICACIÓN DE DATOS DE PERSONAS DE 50 Y MÁS AÑOS “HOMBRES Y MUJERES”.

Cada fila corresponde a una persona, registre los datos de menor a mayor edad. Recuerde que este grupo etario corresponde a las personas de más de 50 años.

Nombre y apellido: Registre el nombre y apellido completo de la persona que esté registrando. No olvide registrar de menor a mayor edad.

Fecha de nacimiento: Anotar en números arábigos el día, el mes y el año correspondientes a la fecha de nacimiento de la persona que está registrando. Ej.: 30/10/2008.

Edad: Registre la edad en números.

Número del documento de identidad: Anote todos los números correspondientes al documento que identifica al individuo.

Nota: Si la persona no tiene documento de identidad por favor escriba INDOCUMENTADO y además deje anotado en las observaciones la causa de este hecho.

Sexo: Identifique con F: Femenino y M: Masculino, según corresponda.

Parentesco: Escriba el parentesco que esta persona tiene con el cabeza de familia. Si existe un conviviente que no posee consanguinidad o afinidad con el cabeza de familia, anotar “no pariente”.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud, anote así: **C:** Contributivo, **S:** Subsidiado, **PNA:** Pobre no afiliado, **RE:** Régimen especial.

EPS: Empresa Promotora de Salud a la cual está afiliado en el régimen contributivo, subsidiado o especial. Si es pobre no afiliado, no es necesario anotar nada.

Lee / Escribe: Interrogue si la persona lee o escribe y marque con **SÍ** o **NO** según corresponda.

Escolaridad: Registre el número del año que esté cursando en el momento de la visita o el último año aprobado, así:

(N), ninguno

(P), preescolar



Sede Principal
 Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
 Manizales, Caldas
 e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

- (1, 2, 3, 4, 5), **primaria**
 (6, 7, 8, 9, 10, 11), **secundaria**
(T), técnico o tecnólogo
(U), universidad
(E), especialización
(M), magister
(D), doctorado

Actividades de protección y detección.

Estado nutricional

Talla: Anote la estatura o talla de la persona en centímetros.

Peso: Anote el peso de la persona en kilogramos, si es preciso use decimales para mayor exactitud.

Vacunación: Escriba en número de dosis que ha recibido de influenza, teniendo en cuenta que su periodicidad es anual y de fiebre amarilla si es requerida de acuerdo a la edad y a la zona donde reside o donde viaja.

Salud oral: Registre con **SÍ**, cuando se verifique que ha asistido a controles de salud oral. Tener en cuenta que para este grupo de edad la Resolución 412 de 2000 determina que para

CONTROL	PERIODICIDAD
Control de placa	1 VEZ AL AÑO
Detartraje supra-gingival	1 VEZ AL AÑO

Si no se ha realizado la valoración odontológica según la norma coloque **NO** y remita. Todo paciente debe tener valoración cada seis meses inclusive si tiene prótesis dentales totales o parciales.

Consulta médica del adulto: Anotar **SÍ** o **NO** según le hubiesen realizado consulta médica al adulto en P y P en el último año, correspondiente a las siguientes edades:

CONTROL	EDAD
CONSULTA MEDICA DEL ADULTO EN PYP	45 años
	SE SEGUIRA CADA 5 AÑOS.

Según la norma técnica de control de alteraciones en el adulto, teniendo en cuenta que es el adulto sano. Si las edades no están en esos rangos, registre **NA** (No Aplica) o trace una raya.

Tamizaje Visual: Anotar **SÍ** o **NO** según le hubiesen realizado o no la consulta oftalmológica en el último año así:



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
 Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

Si las edades no están en esos rangos, registre **NA** (No Aplica) o trace una raya.

CONTROL	EDAD
TAMIZAJE VISUAL	45 años
	SE HARAN CADA 5 AÑOS

Consulta Oftalmológica: Anotar **SÍ** o **NO** según le hubiesen realizado o no la consulta oftalmológica en el último año así:

Si las edades no están en esos rangos, registre **NA** (No Aplica) o trace una raya.

CONSULTA	EDAD
CONSULTA OFTAMOLOGICA	55
	65
	LUEGO DE LOS 65 AÑOS SE HARA CADA 5 AÑOS .

Citología: Verifique la fecha de la última citología y regístrela. Para el resultado de la citología, anote **NORMAL** o **ANORMAL** según corresponda con el reporte de laboratorio, de ser posible escriba el diagnóstico que aparece en la evaluación citológica. Si **NUNCA** se la ha realizado, coloque una **X** en la casilla correspondiente. Tener en cuenta que para este grupo de edad la citología se toma hasta los 69 años con el esquema 1-1-3

Autoexamen de mama: Indague si la mujer ha sido educada y practica el autoexamen de mama. Escriba **SÍ** o **NO** de acuerdo a la respuesta.

Próstata: Verifique si el individuo ya se realizó el examen de próstata de acuerdo a la norma de alteraciones al adulto. Anote la fecha del examen, escriba el resultado como **NORMAL** o **ANORMAL**, si es posible escriba el diagnóstico que aparece en reporte. Si la persona aún no se ha realizado el examen, escriba una **X** en **NUNCA**.

Mamografía: Verifique si la mujer ya se realizó el examen de mama de acuerdo a la norma. Anote la fecha del examen, escriba el resultado como **NORMAL** o **ANORMAL**, si es posible escriba el diagnóstico que aparece en el reporte. Si la persona aún no se ha realizado el examen, escriba una **X** en **NUNCA**.

Enfermedades de interés en salud pública: Anote **SÍ** o **NO** la persona padece de alguna de estas enfermedades. En caso de sufrir otra patología anote cuál en



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

el espacio correspondiente a observaciones de la visita. Tener en cuenta que por encima de los 50 años la mamografía se realiza cada 2 años.

Discapacitado: Si sufre alguna discapacidad anote **SÍ** en la casilla correspondiente así:

Motor: Si la discapacidad es motora (cuando la persona presenta dificultades para moverse, o para realizar actividades básicas cotidianas).

Sensorial: En el caso de que presente discapacidad sensorial (Auditiva, visual, o del lenguaje).

Mental: Cuando la persona presenta alguna discapacidad de tipo mental como dificultades para aprender y/o dificultades de conducta y de comportamiento.

Si no hay discapacidad escriba **NO** en cada casilla o trace una raya en las tres casillas. Detalle en observaciones si es preciso las características de la discapacidad.

Sospecha de maltrato: Luego de indagar y observar en la familia registre **SÍ** o **NO** existe sospecha de maltrato físico (se propinan golpes físicos o hay presencia de morados, fracturas), psicológico (gritos, maltrato verbal, menosprecio, negligencia) y/o abuso sexual.

Nota: Se puede sospechar maltrato incluso en algunos casos de desnutrición, inasistencia a los controles médicos, negligencia, etc. Amplíe en observaciones, las características del posible maltrato.

Trastorno mental: Registre **SÍ**, cuando observe algún tipo de trastorno mental: Fobias, depresión, esquizofrenia, trastornos psicóticos, trastornos de pánico, autoagresión, etc. De lo contrario anote **NO**.

Alcohol: Escriba **SÍ** o **NO** la persona ingiere habitualmente bebidas alcohólicas.

Cigarrillo: Escriba **SÍ** o **NO** la persona fuma habitualmente.

Sustancias psicoactivas: Escriba **SÍ** o **NO** la persona usa drogas ilícitas. Si la respuesta es afirmativa escriba en observaciones el tipo de sustancia que consume.

Actividad física semanal: Escriba el número de días a la semana en los que frecuentemente practica alguna actividad física diferente de las labores diarias en el espacio días. Realice la sumatoria de los minutos que resultan de los días de actividad y escríbalos en la columna donde aparece este signo Σ min.

Observaciones: Registre los datos que usted considere importantes y que permitan identificar riesgos para la salud. Si existe antecedente familiar de trastorno o patología mental regístrelo aquí. También podrá ampliar información sobre documentación, vacunación, sospecha de maltrato, discapacidad, consumo, tamización, etc.

DATOS DE SANEAMIENTO.

1. Tipo de vivienda: Coloque una X en el tipo de vivienda según corresponda a casa propia, casa propia pero pagando crédito o casa en arriendo. Si existe otra condición, describa cuál en la casilla correspondiente.

2. Acueducto: Coloque una X según corresponda:



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
 Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

- ✓ **Veredal:** Si en la vereda existe tanque de abastecimiento de agua que permita la distribución por medio de redes a los diferentes domicilios. Puede tener caseta de cloración.
- ✓ **Urbano:** Si existe un sistema para el abastecimiento de agua el cual está compuesto por cuenca o micro cuenca, bocatoma, planta de tratamiento, tanques de almacenamiento y red de distribución del agua.
- ✓ **Individual:** Generalmente existe en la zona rural, para el abastecimiento de agua de una finca, debe poseer tanque de abastecimiento de agua y red de distribución de la misma por medio de tubería o mangueras.
- ✓ **Lluvia:** No existe acueducto y la recolección del agua se hace a través de las aguas lluvias.
- ✓ **Pozo:** Cuando la fuente de agua con que cuenta la familia es extraída por medio de perforación en la tierra o aljibe.
- ✓ **Rio-Caño:** Cuando la fuente de abastecimiento de agua es el río, caño, cercanos a la vivienda.

3. Calidad del agua: Registre una **X** según corresponda:

- ✓ **Tratada:** Agua procedente de acueducto, con planta de tratamiento y potabilización.
- ✓ **Desinfectada:** Agua a la cual se le hace cloración o se hierve para consumo. También hace referencia al agua que se desinfecta con filtros caseros.
- ✓ **Cruda:** Agua que no ha recibido tratamiento para el consumo humano.

4. Aguas negras: Registre una **X** según corresponda:

- ✓ **Alcantarillado:** Sistema de disposición final de aguas negras y servidas, además residuos líquidos provenientes de industrias y otro tipo de establecimientos.
- ✓ **Sumidero:** Es el tratamiento primario de las aguas negras y servidas, provenientes de las viviendas que no poseen alcantarillado.
- ✓ **Pozo séptico:** Es un sistema de tratamiento para la disposición final de las aguas negras y servidas que usa un tanque subterráneo.
- ✓ **Campo abierto:** No existe un sistema de canalización de aguas negras y servidas, están expuestas al campo abierto.
- ✓ **Cuerpos de agua:** Cuando el sistema de canalización de aguas negras y servidas va directamente desde la vivienda a una quebrada o río (cuerpo de agua).

5. Manejo de basuras a nivel intradomiciliaria: Marque con una **X** en el espacio correspondiente:

- ✓ **Caneca con tapa:** Si en la vivienda son recolectados los desechos en una caneca con tapa.



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
Manizales, Caldase-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

- ✓ **Mala:** Si las condiciones higiénicas de la vivienda son inadecuadas. Falta orden y aseo en general.
- 10. Ventilación.** Coloque una **X** en el espacio correspondiente:
- ✓ **Buena:** Cuando existen puertas y/o ventanas dentro de la vivienda que permiten la circulación del aire. Observe todos los espacios.
 - ✓ **Regular:** Cuando no se observa una adecuada ventilación en la vivienda porque carecen de suficientes puertas y/o ventanas. Observe todos los espacios.
 - ✓ **Mala:** Cuando no existe ventilación por carencia de ventanas y puertas, no circula el aire. Observe todos los cuartos y espacios.
- 11. Iluminación.** Coloque una **X** en el espacio correspondiente:
- ✓ **Buena:** Cuando existen ventanas, claraboyas, celosías suficientes que permiten la iluminación natural de la vivienda en el día. Observe todos los espacios.
 - ✓ **Regular:** Cuando no hay suficientes ventanas, claraboyas, celosías que permitan la iluminación natural de la vivienda en el día. Observe todos los espacios.
 - ✓ **Mala:** Cuando la vivienda carece de ventanas, claraboyas, celosías que permitan la iluminación natural en el día, hay apariencia de oscuridad, es necesario utilizar la luz artificial. Observe todos los espacios.
- 12. Estado de la vivienda.** Coloque una **X** en el espacio que corresponda:
- ✓ **Buena:** Lugar habitable, cómodo, buena calidad del techo, piso, baño, etc.
 - ✓ **Regular:** Si se observan regulares condiciones de seguridad y comodidad de la vivienda.
 - ✓ **Mala:** Si las condiciones de seguridad y de comodidad de la vivienda no son adecuadas. Presenta grietas, perforaciones en el techo, etc.
- 13. Higiene de la vivienda.** Coloque una **X** en el espacio que corresponda:
- ✓ **Buena:** Se observa limpieza, aseo, orden en la vivienda.
 - ✓ **Regular:** Si se observan regulares condiciones higiénicas en relación al orden y aseo de la vivienda.
 - ✓ **Mala:** Si las condiciones higiénicas de la vivienda son inadecuadas. Falta orden y aseo en general.
- 14. Ventilación.** Coloque una **X** en el espacio correspondiente:
- ✓ **Buena:** Cuando existen puertas y/o ventanas dentro de la vivienda que permiten la circulación del aire. Observe todos los espacios.



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
Manizales, Caldase-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME



serrín: Cocción de los alimentos en fogón cuya materia prima es el aserrín de madera. Cuenta con **Chimenea**. Registrar **SI NO**.

A

19. Animales y mascotas.

- ✓ **Número de perros:** Escriba el número correspondiente a la cantidad de perros que hay en la vivienda.
- ✓ **Vacunados:** Escriba el número de perros que están vacunados contra la rabia en el último año.
- ✓ **Numero de gatos:** Escriba el número correspondiente a la cantidad de gatos existentes en la vivienda.
- ✓ **Vacunados:** Escriba el número de gatos vacunados en el último año contra la rabia.

Nota: Los perros y los gatos deben ser vacunados a los tres meses de edad, revacunados al cumplir un año de edad y, posteriormente, cada año. En caso de **epizootias:** (enfermedades que afectan a los animales), es preferible hacer vacunación masiva, sin tener en cuenta la fecha de la última vacunación, hasta lograr en el menor tiempo posible la inmunización del 100% de la población canina y felina.

- ✓ **Otros animales:** Anote el número total de otros animales que estén o permanezcan en la vivienda.
- ✓ **Vacunados:** Escriba el número de otros animales vacunados en el último año. También especifique cuáles animales son, en el campo correspondiente.

20. Presencia de vectores: Escriba SÍ cuando en la vivienda o sus alrededores se identifica la presencia de posibles vectores Ej.: aedes aegypti, lutzomia, anofeles. Observar patios, presencia de inservibles, disposición de excretas y basuras, aguas estancadas, tanques de agua. En las observaciones describa estos criaderos o factores de riesgo.

21. Presencia de roedores y artrópodos. Pregunte si es común la presencia de roedores dentro de la vivienda o busque evidencias como heces o materiales roídos que hagan sospechar la existencia de ratones o ratas. Registre SÍ o NO según corresponda. En las observaciones describa a los roedores y artrópodos encontrados.

21. Riesgos para la salud pública.

- ✓ **Riesgos físicos (F):** Inundaciones, deslizamientos, rellenos, paso de vehículos pesados o con tránsito rápido.
- ✓ **Riesgos químicos (Q):** Contaminación ambiental por plaguicidas, gases tóxicos, humos, vertimiento de desechos industriales, etc.
- ✓ **Riesgos biológicos (B):** Más difíciles de precisar pero se puede tener en cuenta la ausencia o la contaminación de fuentes de agua potable, la



CUÍDATE - CUÍDAME

presencia de criaderos de artrópodos y roedores, basureros a campo abierto o el almacenamiento y manipulación de alimentos en malas condiciones.

- ✓ **Riesgos sociales (S):** Como la violencia. Detectar zonas donde más ocurren atracos, peleas, maltrato infantil, homicidios, sitios de expendio de alucinógenos, prostíbulos o bares que generen riesgos.

Cuando encuentre estos riesgos, marque con **X** así: F cuando es Físico; Q cuando es Químico; B cuando es Biológico o S cuando es Social y haga una descripción de los riesgos o enumérelos.

Observaciones de la visita: Escriba aquí las situaciones o causas de una visita fallida, por ejemplo: la vivienda se encontró deshabitada o no fueron atendidos. También puede ampliar en este espacio temas que no quedaron soportados en la entrevista o información que le parezca relevante de la visita.

Actividades.

Esta opción se diseña para las actividades de cada alcaldía municipal, se debe asignar un código y una descripción a las actividades o programas que se generen según las necesidades de la población. Ejemplo: Código 004 corresponde a un programa de visitas a gestantes. Si usted considera que se deben realizar algunas actividades urgentes con la familia entrevistada, anote aquí sus opiniones.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Ministerio de Salud. Resolución 412 del 25 de febrero de 2.000.
- ✓ Dirección Territorial de Salud de Caldas. Resolución 727 de 2014
- ✓ Organización Panamericana de la Salud (OPS). La renovación de la Atención Primaria en Salud en la Américas. 2007



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
 Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

ANEXO TÉCNICO DEL PASO A PASO PARA LA OPERATIVIZACIÓN DE APS:

1. Definir el líder del proceso.
2. Determinar número de personas del área de la salud (auxiliar de enfermería y/o promotora de salud) y capacitarlas en el diligenciamiento de la ficha familiar según la cartilla de la DTSC
3. Establecer las zonas en las cuales se desarrollara el trabajo de campo: zona rural o Urbana.
4. Contar con el mapa para hacer la distribución de los sectores entendidos estos como: Barrios con sus respectivas Manzanas en la zona Urbana; veredas con sus respectivos sectores en zona rural.
5. Luego de definir claramente el área a trabajar se hará la distribución de los sectores identificándolos en el mapa respectivo. Para maximizar el tiempo y con una proyección del tiempo se propone tener en cuenta el número de fichas a diligenciar por persona durante la jornada laboral, así:
 - ✓ **Zona Urbana** se diligencian aproximadamente 10 a 12 fichas por persona/día
 - ✓ **Zona Rural** concentrada se diligencian aproximadamente entre 6 a 8 fichas por persona/día
 - ✓ **Zona Rural dispersa** se diligencian aproximadamente entre 4 a 6 fichas por persona/día.
6. Se recomienda antes de iniciar trabajo de campo realizar movilización social, con el propósito de que los líderes comunitarios ejecuten jornadas de motivación y sensibilización a sus comunidades para que tengan información disponible para el día en el cual se efectuará el diligenciamiento de la ficha familiar en las zonas respectivas según programación.



CUÍDATE - CUÍDAME

7. Fomentar la participación efectiva de las diferentes instancias de participación social conformadas así como de los usuarios de la IPS/ESE y EAPB en el desarrollo de la estrategia de APS en la Entidad Territorial.
8. Hacer uso de estrategias de IEC por diferentes medios de comunicación con el propósito de informar a la población sobre la importancia que tiene su colaboración en la información que suministre para el diligenciamiento de la ficha familiar.
9. Concertar con la Administración Municipal su participación en el proceso teniendo en cuenta que pueden apoyar: asignando digitadores, transporte para cuando los encuestadores deben trasladarse a zonas muy lejanas, apoyo logístico en general y si cuenta con personal del área de la salud su participación en el proceso de levantamiento de información.
10. Tener en cuenta que durante el proceso de diligenciamiento de ficha familiar se pueden captar personas para los diferentes programas de Detección temprana y Protección Específica, los cuales deben remitirse, por ello cada auxiliar y/o promotora debe disponer de fichas de remisión.
11. Las fichas diligenciadas diariamente deben ser subidas al aplicativo que para el efecto se encuentra en la web, al cual tendrán acceso diferentes usuarios mediante permisos otorgados según sus competencias.
12. Identificar dentro del mapa de ruta asignación de los sectores a encuestar, las familias que no se encontraron para reprogramar nueva visita.
13. Hacer seguimiento de la calidad de los datos registrados en las fichas familiares diligenciadas, subir al aplicativo las que se encuentran sin errores teniendo en cuenta que digitador se puede cargar en promedio de 12 a 15 fichas familiares por día.



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
 Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

CUÍDATE - CUÍDAME

14. El software es dinámico y genera información en tiempo real, la cual permite



identificar los riesgos individuales, familiares y colectivos no sólo para el sector salud sino también para otros como educación, deporte, medio ambiente, justicia, registraduría (cuando se encuentran personas sin identificación o cuando su documento de identidad no corresponde a su edad) y algunas otras de las áreas sociales.

15. Gobernadores, Alcaldes y Secretarios de Salud Departamentales y Municipales como ejes articuladores de las Políticas sociales en sus territorios deben realizar socialización **mensual** ante el consejo de Política Social o Consejos de Gobierno Departamentales y Municipales de la caracterización de la población del Departamento y/o municipio, la cual parte de las ficha familiar diligenciadas, para que de manera conjunta y articulada, entre los diferentes actores sociales se concerten intervenciones y seguimientos que garanticen el bienestar de los las personas, las familias y las comunidades, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Social, pues desde estas instancias se concretan las Gestiones intersectorial, intrasectorial e interinstitucional, articuladas a su vez con la Prestación de Servicios Individuales integrales, y oportunos para mitigar riesgos individuales, familiares y comunitarios.

16. Las Administraciones Territoriales, como rectores de la salud y núcleo articulador de las políticas en salud en sus territorios, están llamadas a congregar **trimestralmente** a las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado para la socialización de la caracterización de su población afiliada, a la cual se le a levantado la ficha familiar, para que de manera conjunta entre los diferentes agentes sociales se **concerten intervenciones y seguimientos** que garanticen el bienestar de sus usuarios, completado con la concurrencia de acciones de salud



Sede Principal

Teléfonos: +57 (6) 8783096 - 8783097 - Fax: +57 (6) 8783171 / Dirección: Cl. 49 No. 26 - 46
 Manizales, Caldas

e-mail: informacion@saluddecaldas.gov.co / www.saluddecaldas.gov.co

