

INSTRUMENTO DE CARACTERIZACIÓN INDIVIDUAL

DEPARTAMENTO DE CALDAS



Ubicación

- Municipio _____
- Área geográfica _____
- Cabecera, Centro poblado o Vereda _____
- Se encuentra SISBENZADO SI NO

Observación

Escriba el nombre del municipio donde realizó la consulta
Escriba si el área pertenece a la cabecera municipal, centro poblado o área rural, seguido del código del municipio

Escriba el nombre del centro poblado o vereda

Identificación

- Tipo de documento de identidad CC CE Pas PYP PEP PTP RC TI TE
- Número de documento _____
- Nombres y apellidos _____
- Fecha de nacimiento _____
- Edad en años cumplidos _____
- Teléfono o celular de contacto _____

CC: Cédula de ciudadanía
CE: Cédula de extranjería
Pas: Pasaporte
PIP: Permiso de ingreso y permanencia
PEP: Permiso especial de permanencia
PTP: Permiso temporal de permanencia
RC: Registro civil de nacimiento
TI: Tarjeta de identidad
TE: Tarjeta de extranjería

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar la casilla según corresponda

- Seleccione el grupo de edad al que pertenece Primera infancia (0-5 años) Juventud (18-28 años)
 Infancia (6-11 años) Adulthood (29-59 años)
 Adolescencia (12-17 años) Vejez (60 años y más)

12. En su familia, ¿Usted es el integrante número? _____

13. ¿Se considera el responsable principal de la familia? SI NO

Pregunta de selección múltiple con múltiple respuesta, debe marcar la casilla según corresponda

- Poblaciones diferenciales Gestante NARP
 Persona con discapacidad Indígena
 Persona en calle Víctima de conflicto armado
 Desmovilizado LGBTQ+

(De no serlo) Registre el responsable de la Familia

Parentesco con el responsable de la familia	Tipo de Identificación	Número de documento	Teléfono o número de contacto
	CC CE Pas PYP PEP PTP RC TI TE		

PRIMERA INFANCIA

(Debe diligenciar este campo solo si la persona pertenece al grupo de edad 0-5 años)

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar la casilla según corresponda

- Valoración Integral a la primera infancia 1 Mes 9 a 11 Meses 30 a 35 Meses
 2 a 3 Meses 12 a 17 Meses 3 Años
 4 a 5 Meses 18 a 23 Meses 4 Años
 6 a 8 Meses 24 a 29 Meses 5 Años

Preguntas selección múltiple con única respuesta, debe marcar sí / no según corresponda

- Esquema de vacunación completa para la edad SI NO
- ¿Recibe lactancia materna? SI NO

INFANCIA

(Debe diligenciar este campo solo si la persona pertenece al grupo de edad 6-11 años)

Preguntas selección múltiple con única respuesta, debe marcar la casilla según corresponda

- Valoración Integral a la 6 Años 8 Años 10 Años

infancia 7 Años 9 Años 11 Años

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar sí / no según corresponda

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 19. Atenciones de promoción y mantenimiento de la salud en el último año | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Esquema de vacunación completo para la edad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Antecedentes de desparasitación según esquema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ADOLESCENCIA (Debe diligenciar este campo solo si la persona pertenece al grupo de edad 12-17 años)

Preguntas selección múltiple con única respuesta, debe marcar sí / no según correspon

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 22. Valoración integral al adolescente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Esquema de vacunación completo para la edad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Vida sexual activa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

JUVENTUD (Debe diligenciar este campo solo si la persona pertenece al grupo de edad 18-28 años)

Preguntas selección múltiple con única respuesta, debe marcar sí / no según corresponda

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 25. Valoración integral en Juventud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Vida sexual activa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Esquema de vacunación completo para la edad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ADULTEZ (Debe diligenciar este campo solo si la persona pertenece al grupo de edad 29-59 años)

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar sí / no según corresponda

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 28. Valoración integral en adultez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Vida sexual activa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Esquema de vacunación completo para la edad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VEJEZ (Debe diligenciar este campo solo si la persona pertenece al grupo de edad 60 años y más)

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar sí / no según corresponda

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 31. Valoración integral en adultez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Vida sexual activa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Esquema de vacunación completo para la edad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

Este campo debe ser diligenciado si la persona pertenece a los grupos de edad (12 - 17 años) (18 - 28 años) (29 - 59 años) (60 años y más)

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar la casilla según corresponda

34. ¿ Cada cuánto consume alcohol?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Al menos una vez por semana |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces al año pero no todos los meses | <input type="checkbox"/> Más de una vez por semana |
| <input type="checkbox"/> Algunas veces al mes pero no cada semana | |

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar la casilla según corresponda

35. ¿ Cuántos cigarrillos consume al día?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Entre 10 y 20 |
| <input type="checkbox"/> Menos de 5 | <input type="checkbox"/> Más de 20 |
| <input type="checkbox"/> Entre cinco y 10 | |

Pregunta abierta, campo numérico

36. ¿Cuántas horas a la semana está realizando actividad física? _____ Digite un número

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar sí / no según corresponda

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 37. En los últimos 6 meses, ¿Ha tenido problemas personales, escolares, laborales o con los miembros de su familia o comunidad por el consumo del alcohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar la casilla según corresponda

38. ¿Consume algún tipo de sustancias psicoactivas?
- | | | |
|------------------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Marihuana | <input type="checkbox"/> Bóxer | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Cocaína | <input type="checkbox"/> 2CB (Tusibi-Tussi-Tuci) | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Bazuco | <input type="checkbox"/> Extasis | |

SALUD ORAL

Este campo debe ser diligenciado si la persona pertenece a los grupos de edad (0-5 años) (6-11 años) (12 - 17 años) (18 - 28 años) (29 - 59 años) (60 años y más)

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar la casilla según corresponda

39. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?
- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | Ninguna | <input type="checkbox"/> | 3 |
| <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 4 o más |
| <input type="checkbox"/> | 2 | | |

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar sí / no según corresponda

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 40. ¿Usa seda dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. ¿Ha asistido a higiene oral en los últimos seis meses? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Este campo debe ser diligenciado si la persona pertenece a los grupos de edad (12 - 17 años) (18 - 28 años) (29 - 59 años) (60 años y más)

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar sí / no según corresponda

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 42. ¿Usa condón en las relaciones sexuales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. ¿Autoexamen de mama en el último años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar la casilla según corresponda

44. Método de planificación familiar
- | | | | |
|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Anticonceptivo oral | <input type="checkbox"/> | Método quirúrgico |
| <input type="checkbox"/> | Anticonceptivo inyectable | <input type="checkbox"/> | Otros |
| <input type="checkbox"/> | Anticonceptivo implantable | <input type="checkbox"/> | Ninguno |

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar sí / no según corresponda

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 45. ¿Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Este campo debe ser diligenciado si la persona pertenece a los grupos de edad (6 - 11 años) (12 - 17 años) (18 - 28 años) (29 - 59 años) (60 años y más)

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar sí / no según corresponda

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 46. ¿Ha tenido tos durante dos o más semanas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SALUD MENTAL

Este campo debe ser diligenciado si la persona pertenece a los grupos de edad (6 - 11 años) (12 - 17 años) (18 - 28 años) (29 - 59 años) (60 años y más)

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar sí / no según corresponda

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 47. En los últimos meses, ¿Ha tenido cambios de comportamiento significativos identificados por usted mismo o por sus allegados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. En los últimos meses, ¿Ha tenido problemas para dormir o comer bien por situaciones que no pueda explicar con claridad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar la casilla según corresponda

49. En los últimos meses, ¿Ha presentado alguno de estos sentimientos de manera persistente?
- | | | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|--------------|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | Tristeza | <input type="checkbox"/> | Ira o rabia | <input type="checkbox"/> | Ninguno |
| <input type="checkbox"/> | Angustia | <input type="checkbox"/> | Estrés | | |
| <input type="checkbox"/> | Ansiedad | <input type="checkbox"/> | Desesperanza | | |

ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES PREVALENTES

Este campo debe ser diligenciado si la persona pertenece a los grupos de edad (29 - 59 años) (60 años y más)

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar sí / no según corresponda

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 50. Asiste a controles médicos para la presión arterial (HTA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Toma medicamentos con regularidad para la HTA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Asiste a controles médicos para la Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Toma medicamentos con regularidad para Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. Asiste a controles médicos para las dislipidemias (colesterol-triglicéridos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. Toma medicamentos con regularidad para las dislipidemias (colesterol-triglicéridos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. Asiste a controles médicos para EPOC o Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. Toma medicamentos con regularidad para para EPOC o Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ALTERACIÓN NUTRICIONAL EVIDENTE

Este campo debe ser diligenciado si la persona pertenece a los grupos de edad (0 - 5 años) (6 - 11 años) (12 - 17 años) (18 - 28 años) (29 - 59 años) (60 años y más)

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar la casilla según corresponda

58. ¿Presenta algún signo evidente de problema nutricional?

Ninguno

Desnutrición

Obesidad

VIOLENCIA

Este campo debe ser diligenciado si la persona pertenece a los grupos de edad (0 - 5 años) (6 - 11 años) (12 - 17 años) (18 - 28 años) (29 - 59 años) (60 años y más)

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar sí / no según corresponda

59. ¿Es víctima de violencia?

SI

NO

ÁMBITO LABORAL

Este campo debe ser diligenciado si la persona pertenece a los grupos de edad (18 - 28 años) (29 - 59 años) (60 años y más)

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar la casilla según corresponda

60. En los últimos meses, ¿Cuál es su situación laboral actual?

Trabajo formal

Buscando trabajo

Trabajo informal

Desempleado y no busca trabajo por cualquier motivo.

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar la casilla según corresponda

61. ¿Percibe de manera regular alguno de los siguientes?

Arriendos

Remesas del extranjero

Subsidios estatales como familias en acción u otros

En especie

Transferencias de particulares

Otros

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar la casilla según corresponda

62. ¿Cuáles son los ingresos aproximados por actividad laboral?

Ninguno

Entre dos y tres mínimos

Menos de un mínimo

Más de tres mínimos

Entre uno y dos mínimos

GESTANTE

Este campo debe ser diligenciado si la persona pertenece al grupo diferencial de Gestantes.

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar sí / no según corresponda

63. ¿Acude a controles prenatales?

SI

NO

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC

Este campo debe ser diligenciado si la persona pertenece a los grupos de edad (6 - 11 años) (12 - 17 años) (18 - 28 años) (29 - 59 años) (60 años y más)

Pregunta de selección múltiple con única respuesta, debe marcar sí / no según corresponda

64. ¿Conoce las estrategias PIC que se han llevado a cabo en su municipio?

SI

NO

65. ¿Ha participado de alguna de las estrategias PIC que se llevan a cabo en su municipio?

66. ¿Ha percibido algún beneficio directo por la participación de estas estrategias PIC?

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.

Elaborado por: Observatorio Social de Salud - DTSC

Fecha de elaboración: 2023-06-09