

Estrategia

1. Registre la estrategia de la caracterización:

2. Nombre de quién realiza la encuesta:

Ubicación

3. Municipio: _____ 4. Área geográfica: Urbana Centro Poblado Área rural

Nombre de centro poblado: _____ Nombre de vereda: _____

Datos de Identificación de la Familia

5. Tipo de documento: CC__ CE__ PPT__ PYP__ RC__ TI__ TE__ 6. Número de identificación: _____

7. Nombres y apellidos: _____ 8. Fecha de nacimiento: DD-MM-AAAA

9. Sexo: H M 10. Teléfono de contacto: _____ 11. Es el responsable de la familia: Si__ No__

12. Señale en cuales de las siguientes poblaciones diferenciales se encuentra la familia: (SMU)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gestante | <input type="checkbox"/> Población Indígena |
| <input type="checkbox"/> Menor de 5 años | <input type="checkbox"/> Víctima del conflicto armado |
| <input type="checkbox"/> Niños 6 a 11 años | <input type="checkbox"/> LGTBIQ+ |
| <input type="checkbox"/> Persona mayor de 60 años | <input type="checkbox"/> Persona en calle |
| <input type="checkbox"/> Persona con discapacidad | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> Población NARP | |

Salud Mental

Responda Si / No de acuerdo con la información suministrada

Si No

13. ¿Algún miembro de su familia grita, amenaza, insulta, golpea o se irrita con facilidad?

14. En su familia, ¿se utiliza el golpe, el insulto o los malos tratos físicos o verbales para corregir a los niños?

15. Actualmente, ¿algún miembro de su familia consume marihuana, cocaína, bazuco, pepas, gotas hongos o algún otro tipo de drogas?

16. ¿Algún miembro de su familia ha tenido problemas en su hogar, el trabajo, el colegio o los vecinos debido al consumo de alcohol?

17. En los últimos seis meses, ¿algún miembro de su familia ha tenido sentimientos de tristeza, angustia o ansiedad?

18. ¿Algún miembro de su familia habla de quitarse la vida, de suicidarse o de estar aburrido con la vida?

19. ¿Algún miembro de su familia escucha voces, ve sombras o figuras que no existen?

20. En el último año, ¿algún miembro de su familia ha tenido convulsiones, ataques, caídas al suelo con movimientos de brazos o piernas, mordedura de la lengua o pérdidas del conocimiento, por los cuales no hayan consultado al médico?

Seguridad alimentaria y nutricional

21. Habitualmente, ¿cuántas comidas al día consumen en la familia? (SMU)

- Ninguna o una Dos o Tres Más de tres

22. En el último mes, ¿algún miembro de su familia dejó de consumir alguna de las comidas principales del día por decisión propia? (SMM)

- Dietas Ayunos Falta de recursos económicos
 Ninguno

23. Habitualmente en su familia, para la preparación de los alimentos, realiza una o más de las siguientes actividades: (SMM)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lavado con agua | <input type="checkbox"/> Cocción para todos los alimentos |
| <input type="checkbox"/> Lavado con agua y jabón | <input type="checkbox"/> Cocción para todos los alimentos excepto frutas y verduras |
| <input type="checkbox"/> Lavado con limpiado | <input type="checkbox"/> Pelado de frutas o verduras |
| <input type="checkbox"/> Lavado con otros productos | <input type="checkbox"/> Preparación selectiva de acuerdo al tipo de alimento |

- Dificultades en las rutinas diarias relacionadas con alimentación, sueño, juego o comportamiento general
- Dificultades para el relacionamiento con otras personas de su entorno como padres, hermanos, profesores, compañeros del ámbito escolar o de la vivienda
- Realiza actividades laborales remuneradas o apoya empresas que no sean familiares
- Ninguno de los anteriores

35. Los niños (as) de 6 a 11 años de su familia participan de alguna de las siguientes actividades: (SMM)

- Valoración integral de la infancia (crecimiento y desarrollo)
- Consulta de salud bucal
- Vacunación
- Escuela o colegio
- Actividades adicionales como escuelas de formación deportiva, grupos musicales, deporte formativo o competitivo, grupos de teatro, grupos juveniles, otros
- Ninguno de los anteriores

36. ¿A alguno de los niños (as) de 6 a 11 años se le ha informado de alguna enfermedad o alteración que considere grave?

- Sí No

Vacunación

37. En su núcleo familiar, ¿reconocen la importancia de la vacunación para todos los grupos de edad?

- Sí No

38. En su núcleo familiar, ¿menores de 12 años y gestantes se encuentran al día con el esquema de vacunación?

- Sí No

39. En su núcleo familiar, ¿mayores de 12 años se encuentran al día con vacunación COVID19, influenza, VPH, tétanos, hepatitis B y fiebre amarilla?

- Sí No

40. ¿Alguno de los miembros de su familia carece de carnet de vacunación?

- Sí No

Ámbito laboral

42. Alguno de los miembros de su familia tiene: (SMU)

- Trabajo formal, es decir, que este contratado y le paguen sueldo mensual
- Trabajo informal, es decir, no está contratado de manera formal y se le paga por días o por semanas
- Emprendimiento o negocio propio, es decir, obtiene ingresos a partir de ventas propias de productos o servicios
- Ninguno de los miembros de la familia presenta alguna de estas dinámicas laborales

Solo sí, tiene trabajo informal, emprendimiento o negocio responda la siguiente pregunta;

43. ¿Está afiliado a ARL? (SMU)

- Sí No

Salud sexual y reproductiva

44. Considera que algún miembro de su familia necesita asesoría en alguno de los siguientes aspectos: (SMM)

- Planificación familiar
- Derechos sexuales
- Derechos reproductivos
- Embarazo saludable
- Uso de preservativo
- Ninguna de las anteriores

45. Actualmente en su familia se presenta alguna de las siguientes situaciones: (SMM)

- Embarazo en adolescentes de 12 a 17 años (incluye hombres con su pareja embarazada)
- Antecedentes conocidos de enfermedad de transmisión sexual
- Antecedente de algún tipo de violencia
- Adolescentes de 12 a 17 años con vida sexual activa conocida
- Problemas personales, familiares o sociales relacionados a conductas sexuales
- Dificultades personales, familiares o sociales relacionados a identidad de género u orientación sexual
- Ninguna de las anteriores

46. ¿Se habla abiertamente de sexualidad en su familia? (SMU)

- Sí No

Condiciones no transmisibles

47. Alguno de los miembros de su familia: (SMM)

- Se cepilla menos de 3 veces al día
 Usa seda dental menos de 3 veces al día
 Todos los miembros de la familia usan seda dental y se cepilla al menos 3 veces al día

48. ¿Algún miembro de su familia fuma tabacos sus derivados o vapeadores? (SMU)

- Ninguno de los miembros de la familia fuma
 Al menos uno de los miembros de la familia fuma menos de 10 cigarrillos al día
 Al menos uno de los miembros de la familia fuma entre 10 a 20 cigarrillos al día
 Al menos uno de los miembros de la familia fuma más de 20 cigarrillo al día

49. ¿Algún miembro de su familia presenta alguna de estas enfermedades o toma medicamentos para estas? (SMM)

- Hipertensión arterial
 Colesterol o triglicéridos altos
 Enfermedad pulmonar crónica (EPOC) o asma
 Enfermedad cardíaca o antecedente de infartos
 Diabetes
 Algún tipo de cáncer
 Ninguno de los anteriores

Participación Social

50. ¿Algún miembro de su familia participa de organizaciones sociales o comunitarias? (SMM)

- COPACO
 Asociación de usuarios
 Veeduría
 Junta de Acción Comunal
 Comité de ética hospitalaria
 Otros
 Ninguna de las anteriores

51. ¿A algún miembro de su familia le gustaría participar de organizaciones sociales o comunitarias? (SMM)

- COPACO
 Asociación de usuarios
 Veeduría
 Junta de Acción Comunal
 Comité de ética hospitalaria
 Otros
 Ninguna de las anteriores

Persona con Discapacidad (Solo si en la familia se identifican dentro de éste grupo poblacional)

52. La persona con discapacidad de su familia, ¿requiere ayuda para actividades básicas cotidianas de manera permanente?

- Si No

53. La persona con discapacidad de su familia, ¿presenta uno de los siguientes tipos de discapacidad? (SMU)

- Física
 Visual
 Auditiva
 Congnitiva
 Mental
 Sordoceguera
 Múltiple (2 o más tipos de discapacidad)

54. De acuerdo con su nivel de funcionalidad, la persona mayor de 60 años, ¿requiere apoyo para sus actividades básicas cotidianas? (SMU)

- Dependiente
 Semidependiente
 Independiente

55. La persona mayor de 60 años, ¿se encuentra vinculada a alguno de los siguientes programas? (SMM)

- Beneficiario de Colombia Mayor (subsidio del adulto mayor)
 Centro de promoción y protección social (acilos, ancianatos, otros)
 Centro vida
 Si tenemos personas mayores, pero no se encuentra en los programas mencionados.
 Otro

Población NARP (Solo si en la familia se identifican dentro de éste grupo poblacional)

56. El miembro de su familia que se reconoce como NARP, ¿pertenece a algún tipo de consejo comunitario, asociación, organización de comunidades NARP? (SMU)

- Si No

57. En su familia, ¿han recibido atención bajo el enfoque diferencial étnico en salud para comunidades NARP? (SMU)

Si No**Población Indígena (Solo si en la familia se identifican dentro de éste grupo poblacional)**

58. La persona o su familia que se reconoce como indígena, ¿pertenece a algún resguardo, parcialidad, asentamiento, organización, consejo o comité regional indígena? (SMU)

 Si No

59. La persona o su familia que se reconoce como indígena, ¿tiene acceso a servicios de salud cercanos y asequibles, que conozcan y respeten sus prácticas y creencias culturales? (SMU)

 Si No**Habitante en, de, o riesgo de habitanza de calle. (Solo si en la familia se identifican dentro de éste grupo poblacional)**

60. Si la persona en calle es menor de edad, ¿ha manifestado deseo de tener algún tipo de ayuda especializada para reintegro familiar? (SMU)

 Si No

CARACTERIZACIÓN INTEGRANTES DE LA FAMILIA

Registrar integrante de la familia

Rol en la familia *(Con respecto a la relación con el responsable de la familia)*

Padre o Madre

Sobrino (a)

Conyugue

Suegro (a)

Hijo (a)

Cuñado (a)

Hermano (a)

Yerno

Tío (a)

Nuera

Abuelo (a)

Tipo de documento: CC__ CE__ PPT__ PYP__ RC__ TI__ TE__

Número de identificación:

Nombres y apellidos:

Fecha de nacimiento: DD-MM-AAAA

Sexo: H M

Registrar otro integrante de la familia

Rol en la familia *(Con respecto a la relación con el responsable de la familia)*

Padre o Madre

Sobrino (a)

Conyugue

Suegro (a)

Hijo (a)

Cuñado (a)

Hermano (a)

Yerno

Tío (a)

Nuera

Abuelo (a)

Tipo de documento: CC__ CE__ PPT__ PYP__ RC__ TI__ TE__

Número de identificación:

Nombres y apellidos:

Fecha de nacimiento: DD-MM-AAAA

Sexo: H M

Registrar otro integrante de la familia

Rol en la familia <i>(Con respecto a la relación con el responsable de la familia)</i>	
<input type="checkbox"/> Padre o Madre	<input type="checkbox"/> Sobrino (a)
<input type="checkbox"/> Conyugue	<input type="checkbox"/> Suegro (a)
<input type="checkbox"/> Hijo (a)	<input type="checkbox"/> Cuñado (a)
<input type="checkbox"/> Hermano (a)	<input type="checkbox"/> Yerno
<input type="checkbox"/> Tío (a)	<input type="checkbox"/> Nuera
<input type="checkbox"/> Abuelo (a)	
Tipo de documento: CC_ CE_ PPT_ PYP_ RC_ TI_ TE_	Número de identificación:
Nombres y apellidos:	Fecha de nacimiento: DD-MM-AAAA
Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Registrar otro integrante de la familia	
Rol en la familia <i>(Con respecto a la relación con el responsable de la familia)</i>	
<input type="checkbox"/> Padre o Madre	<input type="checkbox"/> Sobrino (a)
<input type="checkbox"/> Conyugue	<input type="checkbox"/> Suegro (a)
<input type="checkbox"/> Hijo (a)	<input type="checkbox"/> Cuñado (a)
<input type="checkbox"/> Hermano (a)	<input type="checkbox"/> Yerno
<input type="checkbox"/> Tío (a)	<input type="checkbox"/> Nuera
<input type="checkbox"/> Abuelo (a)	
Tipo de documento: CC_ CE_ PPT_ PYP_ RC_ TI_ TE_	Número de identificación:
Nombres y apellidos:	Fecha de nacimiento: DD-MM-AAAA
Sexo: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	

*Imprima esta hoja cuantas veces requiera dependiendo con el número de integrantes de la familia.
Recuerde que el instrumento es de carácter familiar, y la encuesta solo se aplica al responsable de la familia*