



ALCALDÍA DE MANIZALES
INTERVENCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS EN SALUD PÚBLICA
FICHA FAMILIAR DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD APS (CAPS)

GSP-IIC-FR 012
Estado Vigente
Versión 05

DATOS VIVIENDA														
Fecha de la visita DD/MM/AAAA	Apellidos jefe de hogar	Dirección de la vivienda	Zona	Comuna - Corregimiento	Barrio - Vereda	# teléfonos fijo y/o celular	No. De ficha	# total integrantes de la familia	Ficha catastral	Novedad Familia	# Microterritorio	Tipo de actividad	Estado de registro	Nombre ASP responsable
			Rural:____ Urbana:____							Nueva:____ Actualizada:____ No ubicada:____ Cerrada:____		Presencial:____ Virtual:____ Ninguna:____	Completo:____ En proceso:____	

CONDICIONES DEL HABITAT FAMILIAR Y SOCIAL									
Aspectos generales (SM)		Condiciones locativas (SM)		Condiciones del agua (SM)	Carece de dotación sanitaria (SM)	Alimentos (SM)	Tenencia de animales (SM)	Entorno de la vivienda (SM)	
1.Hacinamiento____ 2.Higiene inadecuada de la vivienda____ 3.Manejo inadecuado residuos sólidos____ 4.Disposición inadecuada residuos sólidos____ 5.Disposición inadecuada de excretas____ 6.Presencia de plagas intradomiciliaria____ 7.Almacenamiento inadecuado de objetos inservibles____ 8.Actividad económica en la vivienda____ 9.Elaboración de alimentos para la venta____ 10.Riesgo de accidentalidad casero____ 11.Adecuados____		1.Piso en material inapropiado____ 2.Techo en malas condiciones____ 3.Paredes en malas condiciones____ 4.Iluminación deficiente____ 5.Ventilación deficiente____ 6.Conexiones eléctricas de riesgo____ 7.Adecuadas____		1.Agua no apta para consumo____ 2.Manejo inadecuado depósitos de agua____ 3.Adecuadas____	1.Lavamanos____ 2.Lavavajillas____ 3.Lavarrropas____ 4.Ducha____ 5.Inodoro____ 6.Completa____	1.Cocina compartida con otras áreas____ 2.Inadecuada manipulación de alimentos____ 3.Sistema de cocción de alimentos con gasolina, petróleo o leña____ 4.Adecuados____	1.Inadecuada higiene____ 2.Sin plan de sanidad animal: No vacunados o desparasitados____ 3.No tiene animales____ 4.Adecuados____ 5.#gatos____ #Perros____	1. Presencia de emisiones atmosféricas vecinas____ 2. Contaminación acústica____ 3. Contaminación de fuentes de agua____ 4. Uso indebido de plaguicidas____ 5. Condiciones insalubres en el entorno____ 6. Presencia de plagas en la comunidad____ 7. Zona de ladera, deslizamiento o margen de río____ 8. Riesgo social de violencia____ 9. Adecuados____	

DATOS PERSONA						DATOS BÁSICOS													
#	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16			
	Nombres y apellidos completos	Tipo documento de identidad	#. Documento de identidad	Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	Edad	Sexo	Identidad	Etnia	Condición especial (SM)	Discapacidad (SM)	Condición de dependencia asociada a la discapacidad (Barthel)	Parentesco	Régimen de Salud	Nombre EAPB	Ocupación principal (A partir de los 7)	Depende económicamente de un familiar (A partir de 20)	Escolaridad (A partir de los 7)	Tiene abandonados los estudios de primaria o bachiller (De 7 a 21 años)	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

OPCIONES DE RESPUESTA	ACTUALIZACIONES		Tipo doc. Identidad	Sexo	Identidad	Etnia	Condición especial	Discapacidad	Barthel	Parentesco	Reg. Salud	EAPB	Ocupación principal	Depende econ. familiar	Escolaridad	Tiene abandonados los estudios de primaria o bachiller
	Fecha: Digitador	Fecha: Digitador														
	Fecha: Digitador	Fecha: Digitador	RC	M	F	1.Afrocolombiano Negro-Mulato	1.Victima	1.Cognitiva	Dependencia total	1.Jefe de Familia	1.Subsidiado	1.Desempleado (A partir de los 12 años)	Si	1.No sabe leer ni escribir (A partir de los 10 años)	1.Si	
	Fecha: Digitador	Fecha: Digitador	TI	M	M	2.Palenquero	2.Habitante de calle	2.Motora	Dependencia severa	2.Espos(a) o compañero(a)	2.Contributivo	2.Trabajador (A partir de los 12 años)	No	2.No fue a la escuela, pero sabe leer y escribir (A partir de los 10 años)	2.No	
	Fecha: Digitador	Fecha: Digitador	CC	H	NB	3.Indígena	3.Venezolano	3.Sensorial	Dependencia leve	3.Hijo(a)	3.Especial ó excepción	3.Ama de casa (A partir de los 12 años)	S.D	3.Primaria (A partir de los 7 años)	3.Finalizó los estudios	
	Fecha: Digitador	Fecha: Digitador	ASI			4.Raizal	4.Ninguna	4.PNA (Pasa a la 10)	Independencia	4.Otro pariente (abuelos, suegros, tío, etc)	4.PNA (Pasa a la 13)	4.Pensionado/Jubilado (A partir de los 18 años)		4.Bachiller (A partir de los 10 años)		
	Fecha: Digitador	Fecha: Digitador	MSI			5.Rom				5.Otros integrantes, no parientes		5.Estudiante (A partir de los 7 años) (No preguntar la 16)		5.Técnica (A partir de los 14 años) (Pasa a la 17)		
	Fecha: Digitador	Fecha: Digitador	CE			6.Otro						6.Ninguna (Entre 7 y 11 años)		6.Universitaria (A partir de los 16 años) (Pasa a la 17)		
	Fecha: Digitador	Fecha: Digitador												7.Postgrado (A partir de los 20 años) (Pasa a la 17)		
	Fecha: Digitador	Fecha: Digitador												S.D		

Esta ficha debe ir como anexo al Formato de Registro de Actividades Individuales en Atención Primaria en Salud (APS)

Comuníquese con la Alcaldía de Manizales al teléfono 8928000, a la línea gratuita 018000968988 o por medio de la página web www.manizales.gov.co

MATERNIDAD (M) (A PARTIR DE LOS 12 AÑOS)										CONDICIONES DE SALUD													
#	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50					
	No. de partos y/o cesáreas	Antecedente de cesárea o parto instrumental (De 12 a 49 años)	Edad al momento de nacer el primer hijo	Usted ha lactado	Embarazo actual aceptado (De 12 a 49 años)	Clasificación del riesgo obstétrico	Motivo del riesgo (SM)	Primigestante	Conoce la fecha probable de parto	Fecha probable de parto DD/MM/AAAA	Complicaciones del parto y/o del puerperio	Madre durante su gestación consumió alcohol o cigarrillo de forma frecuente (De 0 a 18 años)	Cifra presión arterial (SM) (A partir de los 18 años) Sistólica / Diastólica	Circunferencia abdominal en cm (A partir de los 18 años)	Resultado última citología cérvico uterina - tipificación VPH (M) (25 a 65 años)	Fecha programada citología cérvico uterina - tipificación VPH (M) (25 a 65 años) DD/MM/AAAA	Resultado del antígeno prostático - Examen clínico (H) (50 a 75 años)	Resultado de la última mamografía (M) (50 a 69 años)					
1													Sistólica_____ Diastólica_____										
2													Sistólica_____ Diastólica_____										
3													Sistólica_____ Diastólica_____										
4													Sistólica_____ Diastólica_____										
5													Sistólica_____ Diastólica_____										
6													Sistólica_____ Diastólica_____										
7													Sistólica_____ Diastólica_____										
8													Sistólica_____ Diastólica_____										
9													Sistólica_____ Diastólica_____										
10													Sistólica_____ Diastólica_____										
OPCIONES DE RESPUESTA																							
	0 (Pase a 37)				Si (Única que habilita la 41)	1.Bajo			Si (Única que habilita la 42)	Única que habilita la pregunta 43. Un (1) mes antes de esta fecha			SISTÓLICA a) Menor 120 mm HG b) 120-129 mm HG c) 130-139 mm HG d) Mayor 139 mm HG S.D	1.Mayor a 89 (M) 2.Menor a 90 (M) 3.Mayor a 93 (H) 4.Menor a 94 (H) S.D	1.Sin hallazgos 2.Con hallazgos 3.Nunca se la ha realizado N.S S.D		1.Sin hallazgos 2.Con hallazgos 3.Nunca se la ha realizado N.S S.D	1.Sin hallazgos 2.Con hallazgos 3.Nunca se la ha realizado N.S S.D					
	1 (No preguntar 40)	Si	1.Menor a 20 años	Si	No (Única que habilita la 41)	2.Alto (Única que habilita la 39)	Se debe registrar según la numeración del listado de opciones dadas en el instructivo de la ficha	No	No		No	Si											
	2 a 3 (No preguntar 40)	S.D	2.20 a 29 años	No	No esta en embarazo (Pase a la 44)	S.D		S.D	S.D		S.D	No											
	4 y más (No preguntar 40)	S.D	3.Mayor a 29 años	S.D	S.D (Pase a la 44)																		
COMPONENTE MENTAL										ESTILO DE VIDA / CONDUCTA						NUTRICIÓN			NOVEDADES				
#	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73
	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido triste o decaído la mayor parte del día, casi todos los días? (A partir de los 18 años)	¿Ha pensado o deseado que estaría mejor muerto? (A partir de los 11 años)	¿Identifica Ud en algún miembro de la familia un comportamiento que considere extraño, diferente o anormal, que afecta la cotidianidad? (A partir de los 9 años)	Situación reciente de problema psicosocial (A partir de los 18 años)	Resultado APGAR Familiar (De 14 en adelante)	Suspecha o confirmación de violencia intrafamiliar	En los últimos 3 meses fue agredido/a física o psicológicamente por un familiar	Ha tenido que ser hospitalizado/a debido a violencia intrafamiliar	Han utilizado elementos contundentes para agredir/a	Consumo de SPA (SM) (A partir de los 9 años)	Práctica de actividad física en minutos (A partir de los 8 años)	Hábitos de alimentación (SM) (A partir de los 2 años)	Exposición frecuente a humo (SM)	Inasistencia actual a controles de PEyDT (SM)	Su EAPB le entrega campulitas de uso de planificación familiar (M) (12 a 49 años)	Adherencia al tratamiento (SM)	Actualmente tiene dificultades para recibir el tratamiento de su patología (SM)	Remisión a (SM)	Valoración equipo APS (SM)	Peso (kg)	Talla / Longitud (cm)	Perímetro del brazo (6 meses a 9 años)	Novedades
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
OPCIONES DE RESPUESTA																							
	Si	Si	Si	Si	Buena	Si	Si	Si	Si	1.Alcohol (De 9 a 17 años)	1.Mayor a 59 min. diarios (De 8 a 17 años)	1.Alto consumo de sal	1.Cigarrillo	1.Prenatales (M) (Desde los 12 años). (Aplica si la respuesta 37 es si o no)	Si	1.No toma los medicamentos en dosis asignadas	1.Autorización	1.Consulta médica	1.Téc. ambiental	Valor del peso en Kgs. Con un decimal	Valor de la talla en Cms Con un decimal	1.Menor a 11,5 Cms	1.Falleció
	No	No	No	No	Leve	No (Pase a la 60)	No	No	No	2.Abuso de alcohol (Desde los 18 años)	2.Menor a 60 min. diarios (De 8 a 17 años)	2.No consume mínimo 2 frutas diarias	2.Leña-carbón	2.Valoración integral primera infancia, infancia y adolescencia (7 días de nacido a 17 años)	No	2.No gestiona las citas	2.Oportunidad en cita con el especialista	2.Consulta psicológica	2.Enfermería	Valor del peso en Cms Con un decimal	2.Mayor a 11,4 Cms	2.Cambio de grupo familiar	
	S.D	S.D	S.D	S.D	Severa	SD (Pase a la 60)	S.D	S.D	S.D	3.Cigarrillo	3.Mayor a 29 min. diarios (Desde los 18)	3.No consume mínimo 2 verduras diarias	No	3.HTA (A partir de los 31) (Se habilita si la respuesta 17 es 14)	3.No asiste a las citas	3.Oportunidad en la realización de pruebas diagnósticas	3.Otro profesional de la salud EAPB	3.Fisioterapia	S.D	S.D	S.D	3.Traslado a otro municipio	
										4.Otras SPA	4.Menor a 30 min. diarios (Desde los 18)	4.Consumo alto de grasas	S.D	3.HTA (A partir de los 31) (Se habilita si la respuesta 17 es 14)	4.No asume sugerencias	4.Disponibilidad del medicamento	4.Programa PEyDT	4.Psicología	4.Administrativo EBS APS-PIC (Pase a la 69)	5.Trabajo Social	5.Odontología	5.Duplicado por cambio tipo doc. Identidad	
										5.Riesgo o uso de SPA inyectable (Preguntar si la respuesta a otras SPA fue SI)	5.Mayor a 29 min. diarios (Desde los 18)	5.Alto consumo de azúcar	No	4.Programa atención integral VIH (Se habilita si la respuesta 17 es 23)	5.No requiere tratamiento (Pase a la 68)	5.No tiene dificultades	5.Sector social	5.Valoración EBS APS-PIC	6.Odontología	6.Adherente	6.Otro (cuál)	6.No requiere	6.Activo
										6.Ninguna	6.Menor a 30 min. diarios (Desde los 18)	6.Alto consumo empaquetados, salsas, dulces, jugo en caja, embutidos		5.Odontología (6 meses en adelante)	6.Adherente	6.No tiene dificultades	6.Sector social	6.Protección y justicia	7.Nutrición	7.Nutrición	7.Nutrición	7.Nutrición	7.Nutrición
										S.D	S.D	7.Adecuados		6.Planificación familiar A partir de los 12 años (No se habilita con la respuesta 30 - Definitivo)	SD	SD	8.Medicina	8.Medicina	8.Medicina	8.Medicina	8.Medicina	8.Medicina	8.Medicina
OBSERVACIONES																							
										INTERVENCIÓN													