
	SISTEMA INTEGRAL DE GESTION (MECI - CALIDAD)												La salud es de todos		Minsalud						
	FORMATO CARACTERIZACION POBLACIONAL																				
	VERSIÓN: 1.0					FECHA DE ACTUALIZACIÓN:					PAGINA 1 DE 1										
ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA INTEGRAL DE GESTION (MECI - CALIDAD)	DIVISION DE LEVANTAMIENTO					URBANO, RURAL DISPERSO															
	Magdalena		Central			No					00.001										
	Pacífico		Antioq-Sant																		
Indicaciones (Antes de firmar lea con atención y si considera hacer observaciones, informe a su encuestador las que usted considere pertinentes)																					
DATOS BASICOS DEL COTIZANTE o BENEFICIARIO (A)																					
IDENTIFICACIÓN	CC	TI	RC	NÚMERO	AFILIADO		BENEFICIARIO		SUSTITUTO												
1er Apellido			2o Apellido			1er Nombre			2o Nombre												
EN CASO DE SER BENEFICIARIO O SUSTITUO RELACIONE LOS DATOS DEL COTIZANTE																					
IDENTIFICACIÓN	CC	TI	RC	NÚMERO	AFILIADO		BENEFICIARIO		SUSTITUTO												
1er Apellido			2o Apellido			1er Nombre			2o Nombre												
Datos exclusivos para cotizante				Datos exclusivos para cotizante				Datos exclusivos para cotizante				Datos exclusivos para cotizante									
Fecha Nacimiento		Dirección Actual			Ciudad		Barrio		Zona		Corregimiento		Otra referencia ubicación								
Año	Mes	Día																			
Teléfonos fijos			Teléfonos celulares			Otros teléfonos de contacto			Correo electrónico												
Nombre persona de contacto en caso de urgencia de salud o del servicio			Dirección			Parentesco Relación		Teléfonos fijos		Teléfono Celular											
Nivel educativo		PR,BP,BS,MA,BT,NR		Sexo		masculi no		femenin o		Sufre alguna discapacidad		Física		Mental							
												Multiple		Otra							
No. De hijos		Ocupación actual																			
Es Desplazado		Raza			Blanca		Negra		Mestiza		Otra										
Desmovilizado		Etnia			INDIGENA		ROM		PALENQUERO		RAIZAL		AFRODESENDIENTE		MULATO						
Es Víctima		Alguna condición especial			Especificar Condiciones																
Es Reinsertado																					
ESTADO DE VIVIENDA																					
TIPO DE VIVIENDA				ESTADO DE VIVIENDA																	
URBANO		RURAL		ESTRATO SOCIOECONOMICO								0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
				CON CUANTAS PERSONAS CONVIVE								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				CUANTAS HABITACIONES TIENE SU VIVIENDA								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				CUANTOS BAÑOS TIENE SU VIVIENDA								1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SERVICIOS BASICOS				LUZ		AGUA		GAS		ALCANTARILLADO		BASURAS		ALUMBRADO							

CUESTIONARIO							
Antecedentes					SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿Sufre de alguna enfermedad?						
2	¿consume algún medicamento de forma regular?						
3	¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?						
Factores de Riesgo Individual					SI	NO	OBSERVACIONES
4	¿Realiza actividad física semanal?						
5	¿Consume cigarrillo/tabaco?						
6	¿Consume alcohol?						
7	¿Consume de sustancias psicoactiva?						
Factores de Riesgo de Violencia					Si	NO	OBSERVACIONES
8	¿ha sido maltratado física o verbalmente por algún familiar o cuidador?						
9	Evidencia de violencia						
10	¿se encuentra en buen estado su higiene personal?						
Salud Mental					Si	NO	OBSERVACIONES
11	Recuerda Su Nombre						
12	Conoce La Fecha Del Día De Hoy						
13	Sabe En Que Ciudad Reside						
14	Reconoce En Que Lugar Se Encuentra En Este Momento						
15	Olvida Las Cosas Con Facilidad						
ESTADO NUTRICIONAL							
PESO			TALLA			IMC	
CONSUMO SEMANAL		NUMERO DE DIAS					
PROTEINA							
FRUTAS							
VERDURAS							
CARBOHIDRATO							
LACTEOS							
RUTAS A LAS QUE PODRIA APLICA EL USUARIO							
Cardio cerebro vascular metabólica						SI	NO
Riesgo enfermedades respiratorias						SI	NO
Riesgo Trastorno mentales y comportamiento						SI	NO
Promoción y Mantenimiento de la salud						SI	NO
Materno perinatal						SI	NO
Alteraciones nutricionales						SI	NO
Riesgo presencia enfermedades infecciosas						SI	NO
DECLARACION							
				FIRMA o HUELLA DEL AFILIADO/o BENEFICIARIO			

INSTRUCTIVO PARA FORMATO DE CARACTERIZACION POBLACIONAL	
1	Identificación: Marque con una X la casilla correspondiente al tipo de documento que presente el afiliado (Cedula de ciudadanía, Tarjeta de Identidad, Registro Civil).
2	Numero: Anote de manera clara y completa el número del documento de identificación presentado por el afiliado.
3	Marque con una X el tipo de afiliación según sea (Afiliado, Beneficiario o Sustituto)
4	Nombre: Escriba el primer nombre, segundo nombre (en caso de tener), primer apellido y segundo apellido correspondiente al afiliado.
5	En caso de ser Beneficiario o Sustituto repita el procedimiento relacionando los datos del cotizante.
6	Fecha de Nacimiento: Escriba de manera clara y completa los datos correspondientes a la fecha de nacimiento de la persona llenando en orden las casillas de Año, Mes y Día.
7	Dirección actual: Anote la dirección clara y completa en zona urbana, calle o carrera y el número de la puerta de la vivienda.
8	Ciudad: Anote el nombre de la ciudad/municipio que corresponda según donde se esté aplicando el registro.
9	Barrio: Anote el nombre del barrio de acuerdo a la nomenclatura de la ciudad o municipio donde se esté aplicando este registro.
10	Zona: Anote el nombre de la zona que corresponda según donde se esté aplicando el registro.
11	Corregimiento: Anote el nombre del Corregimiento que corresponda según donde se esté aplicando el registro.
12	Otra referencia ubicación: Anote una referencia que utilice el afiliado en caso de ser necesaria para la ubicación de la vivienda del afiliado.
13	Teléfonos Fijos: Anote el número de teléfono fijo del afiliado, en caso de no contar con teléfono fijo solicitar el de algún familiar o persona cercana de confianza.
14	Teléfonos Celulares: Anote el número de teléfono celular del afiliado, en caso de no contar con teléfono celular solicitar el de algún familiar o persona cercana de confianza.
15	Otros teléfonos de contacto: Anote el número de teléfono fijo o celular al cual pueda ser contactado el afiliado en caso de no responder al número de teléfono fijo o celular.
16	Correo electrónico: Anote de manera clara y completa el correo electrónico del afiliado, en caso de no poseer anotar el de algún familiar cercano o persona de confianza.
17	Nombre persona de contacto en caso de urgencia de salud o del servicio: Anote el nombre que proporcione el afiliado de la persona a quien se pueda contactar en caso de evento de emergencia.
18	Dirección: Anote la dirección que proporcione el afiliado de la persona a quien se pueda contactar en caso de evento de emergencia.
19	Parentesco Relación: Anote que parentesco o relación tiene el contacto en caso de urgencia con el afiliado.
20	Teléfonos fijos: Anote el número de teléfono fijo que proporcione el afiliado de la persona a quien se pueda contactar en caso de evento de emergencia.
21	Teléfono celular: Anote el número de teléfono celular que proporcione el afiliado de la persona a quien se pueda contactar en caso de evento de emergencia.
22	Nivel educativo: Anote el nivel educativo más alto alcanzado por la persona a saber (No registra, Pre escolar, Básica primaria, Bachillerato, Técnico profesional, Tecnólogo profesional, Profesional, Especialista, Maestría, Doctorado)

23	Sexo: Identifique y marque con una X la casilla Masculino o Femenino según corresponda.
24	Sufre alguna discapacidad: Identifique y marque con una X la casilla según corresponda al tipo de incapacidad en caso de presentarla. (Física, Mental, Múltiple, otra). En caso de no presentar incapacidad de ningún tipo dejar este espacio
25	No. de hijos: Anote el número de hijos del afiliado.
26	Identifique las condiciones especiales y marque al frente de cada una con SI o NO según sea el caso para las casillas de: Es desplazado, Desmovilizado, Es Víctima, Es reinsertado.
27	Ocupación actual: Anote de manera clara y completa la ocupación actual que ejerce el afiliado.
28	Raza: Identifique y marque la casilla correspondiente a la raza del afiliado (Blanca, Negra, Mestiza, Otra). En caso que el hallazgo sea otra especifique en el espacio sugerido al lado de la casilla.
29	Etnia: En caso que el afiliado pertenezca a una etnia específica, identifique la casilla correspondiente y marque según sea el caso (Indígena, ROM, Palenquero, Raizal, Afrodesendiente, Mulato).
30	Alguna condición especial: Utilice el espacio sugerido para ampliar información o establecer cualquier dato importante que reporte el afiliado y no esté contemplado anteriormente o en el cuestionario que se presenta a continuación.
31	Estado de Vivienda
32	Tipo de Vivienda (Urbana/Rural): Marque con una X en la casilla que corresponda al tipo de vivienda según sea el caso.
33	Estrato Socioeconómico: Identifique y marque la casilla correspondiente al estrato socioeconómico de la persona.
34	Con cuantas personas convive: Identifique y marque la casilla correspondiente al número de personas con quienes comparte residencia después de indagar.
35	Cuantas habitaciones tiene su vivienda: Identifique y marque la casilla correspondiente al número de habitaciones que posea la vivienda de la persona.
36	Cuantos Baños tiene su vivienda: Identifique y marque la casilla correspondiente al número de baños de baños que posea la vivienda de la persona.
37	Servicios Básicos: Marque con SI/NO en el espacio correspondiente según si la persona cuenta o carece de los servicios enumerados a continuación Luz, Agua, Gas, Alcantarillado, Basuras, Alumbrado.
38	Nota: El espacio correspondiente a "Basuras" se refiere a recolección y manejo de residuos de manera estandarizada y llevada a cabo por una entidad autorizada.
39	Cuestionario
40	Antecedentes: Este apartado hace referencia a la presencia/ausencia de patologías diagnosticadas y tratadas por profesionales de la salud o Médicos Especialistas con formulación de medicamentos o procedimiento quirúrgico.
41	Sufre de alguna enfermedad: Marque en la casilla correspondiente a SI en el caso la persona ha sido diagnosticada con una patología crónica. En caso contrario marque la casilla correspondiente a NO.
42	Nota: En caso de que la respuesta sea SI el espacio para observaciones anote información relevante de la patología como Diagnostico Principal y hace cuanto fue Diagnosticada.
43	Consume algún medicamento de forma regular: Marque en la casilla correspondiente a SI si la persona manifiesta que consume un medicamento de forma regular. En caso que la persona manifieste no consumir ningún medicamento
44	Ha sido intervenido quirúrgicamente: Marque en la casilla correspondiente a Si en caso que la persona manifieste haber sido intervenida quirúrgicamente en al menos una ocasión. En caso de manifestar nunca haber sido intervenida
45	Nota: En caso de haber mascado la casilla SI, se debe anotar en observaciones el nombre del procedimiento quirúrgico en caso de conocerlo, de otro modo el área anatómica intervenida.

46	Factores de Riesgo Individual: Este apartado hace referencias a hábitos de la persona que puedan predisponer a la aparición de patologías. Obedece también a la frecuencia con la que se realizan actividades que se enumeran como
47	Realiza actividad física semanal: Marque en la casilla correspondiente a SI en caso que la persona manifieste que todas las semanas realice actividad física consiente como ejercicios de tipo cardiovascular o la práctica de un deporte
48	Consume Cigarrillo/Tabaco: Marque en la casilla correspondiente a SI en caso que la persona manifieste el consumo de Cigarrillo o Tabaco en cualquier presentación. Marque en la casilla correspondiente a NO en caso de negar dicha
49	Consume Alcohol: Marque en la casilla correspondiente a SI en caso que la persona manifieste consumo de Alcohol. Marque en la casilla correspondiente a NO en caso que la persona niegue este habito. En caso de haber marcado SI, el
50	Consume sustancias Psicoactivas: Marque en la casilla correspondiente a SI en caso que la persona manifieste consumo de Drogas de tipo recreativas. Marque en la casilla correspondiente a NO en caso que la persona niegue dicha actividad.
51	Factores de Riesgo de violencia: Este apartado se refiere a la presencia de evidencia de violencia o agresión en el núcleo familiar, ya sea manifestada verbalmente por la persona o la evidencia visible de agresión física y/o abandono
52	Ha sido maltratado física o verbalmente por algún familiar o cuidador: Marque en la casilla correspondiente a SI en caso que la persona manifieste haber sido víctima de algún tipo de violencia o agresión en su núcleo familiar o por parte de
53	Nota: En caso de haber marcado SI anote en el espacio de observación la relación que tiene la persona con quien manifiesta que lo agredió, así mismo palabras claves que indique el tipo de violencia (física, verbal, psicológica)
54	Evidencia de violencia: Evalúe áreas anatómicas visibles de la persona e identifique la presencia de lesiones que puedan ser compatibles con traumatismo por agresión física. Correlacionar con la pregunta anterior. Marque en la casilla
55	Se encuentra en buen estado su higiene personal: Marque en la casilla correspondiente a SI en caso de encontrar a la persona con buena apariencia general, en condiciones higiénicas aceptables y de acuerdo a su edad, teniendo en
56	Salud Mental: Este apartado hace referencia a la presencia o ausencia de de síntomas que evidencien disfunción mental y cognitiva. Se evalúa principalmente la orientación del individuo en tres esferas (tiempo, espacio y persona) y la
57	Recuerda su nombre: Marque en la casilla correspondiente a SI en caso que la persona sepa su nombre y lo pueda decir completo (Verificar con documento de Identidad). Marque en la casilla correspondiente a NO en caso que la persona no
58	Conoce la fecha del día de hoy: Marque en la casilla correspondiente a SI en caso que la persona pueda decir el día de la semana, así como el numero del día en el mes, el mes correspondiente y el año en el que se realiza la caracterización.
59	Sabe en qué ciudad reside: Marque en la casilla correspondiente a SI en caso que la persona manifieste conocer en qué ciudad reside y pueda decirlo acertadamente. Marque en la casilla correspondiente a NO en caso que la persona no
60	Reconoce en qué lugar se encuentra en este momento: Marque en la casilla correspondiente a SI en caso que la persona sea acertada al momento de decir que lugar se le está realizando la caracterización individual. Marque en la
61	Olvida las cosas con facilidad: Marque en la casilla correspondiente a SI en caso de que la persona o su acompañante manifieste que con frecuencia olvida información importante, como actividades a corto plazo, actividades diarias, etc.
62	Estado Nutricional: Este apartado hace referencia a indicadores generales de estado nutricional actual del paciente. De igual manera a los hábitos alimenticios evaluados en una semana.
63	Peso: Escriba en este espacio el peso del paciente en Kilogramos. Se recomienda evidenciar el dato en una balanza.
64	Talla: Escriba en este espacio la talla del paciente en Centímetros. Se recomienda evidenciar el dato con estadímetro de cinta métrica.
65	IMC (Índice de Masa Corporal): Es una medida que indica la relación entre el peso y la talla. Escriba en este espacio el IMC del paciente calculado con la formula o usando un instrumento electrónico.
66	Consumo semanal: marque la casilla correspondiente al número de días por semana en los cuales consume cada uno de los siguientes grupos alimenticios:
67	Proteínas (Carne, Pollo, Cerdo, Pescado, etc.)
68	Frutas

69	Verduras
70	Carbohidratos (Harina refinada de maíz, trigo, etc.)
71	Lácteos (Leche, queso, otros derivados)
Diseñado y Elaborado por: Dr. Fabian Andres Manco Blanchar - Cristian Javier Franco Durango. Abril 2019	