

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 1 of 25

INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIOFAMILIAR

La ficha de caracterización sociofamiliar se define como una herramienta de obtención de datos sobre los beneficiarios de las diferentes modalidades de atención en primera infancia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Suministra información sobre las condiciones materiales de vida, y las experiencias y relaciones sociales en las cuales viven los niños y las niñas de las cuales depende su desarrollo integral.

Tiene la intención de promover entre los adultos, a través del autodiagnóstico, el conocimiento sobre la situación en general de las áreas de desarrollo de sus niños y niñas y la comprensión de la multicausalidad del desarrollo integral. De igual manera vincula a las mujeres en gestación y las madres en periodo de lactancia al ejercicio de identificación de características sociales, materiales y culturales, con el objetivo de vincularlas desde la gestación en la tarea de garantizar el desarrollo integral de los niños y niñas. Es un instrumento que aporta, además, elementos al diagnóstico de las necesidades de capacitación y formación de los educadores.

Esta herramienta contiene tres módulos que permitirán a cada unidad de servicio identificar necesidades y particularidades culturales, físicas y sociales, entre otras.

En el módulo I se encuentran variables que permiten la identificación de factores generales en las condiciones de vivienda, de las relaciones y composición familiar, así como los datos de identificación del beneficiario, este panorama general le permitirá a cada agente educativo y a cada UDS conocer las dinámicas habituales de las familias para poder desarrollar acciones encaminadas a los procesos de cuidado y crianza.

El módulo II contiene preguntas sobre los niños y niñas menores de 5 años que permiten identificar puntos críticos en algunas de las áreas de desarrollo, igualmente posibilita el seguimiento sobre éstos, y de esta manera tomar decisiones sobre la planeación o acciones inmediatas que promuevan la garantía del desarrollo integral de los niños y niñas beneficiarios

En el Módulo III se encuentran variables específicas sobre las madres gestantes, y algunas sobre las madres lactantes. Este módulo busca identificar factores protectores y de riesgo para promover un embarazo y una preparación para el parto, adecuados, en las áreas familiares, de salud y de nutrición.

Esta ficha tendrá vigencia durante el año 2014 o hasta que así lo determine la Dirección de primera Infancia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Objetivos

- Identificar las condiciones generales y particulares de la población de cada unidad de servicio de las diferentes modalidades de atención.
- Organizar de manera sistemática la información obtenida sobre las condiciones físicas, materiales, sociales y comunitarias, para optimizar procesos de planeación y toma de decisiones en cuanto a los beneficiarios.
- Suministrar al sistema de evaluación del ICBF para establecer los logros y resultados que tienen los servicios de atención de los niños y niñas.

Recomendaciones:

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 2 of 25

Sobre su aplicación en Hogares Comunitarios de Bienestar

- Es importante anotar que a partir del 2014, la ficha integral no será vigente y solo aplicará la ficha de caracterización sociofamiliar.
- Teniendo en cuenta que muchas de las variables incluidas en la ficha de caracterización sociofamiliar coinciden con las contenidas en el sistema de información de primera infancia, Cuéntame, ponemos este instrumento a disposición de las unidades de servicio de Hogares Comunitarios de Bienestar, ya que puede facilitar la recolección de información y mejorar la identificación de necesidades de los niños, niñas, mujeres en gestación, mujeres en periodo de lactancia y sus familias.
- Para la impresión del instrumento cuenta con una versión a color y otra en escala de grises, las dos opciones son igualmente validas ya que contienen las mismas variables.
- Esta ficha debe estar en la carpeta de cada beneficiario.

Sobre su aplicación en las Modalidades Institucionales (CDI, HI y LP) y la Modalidad familiar

- A partir del 2014, la ficha integral no será vigente y solo aplicará la ficha de caracterización sociofamiliar, la cuál debe ser diligenciada en su totalidad de acuerdo a lo expuesto en el instructivo descrito en este documento.
- Para la impresión del instrumento cuenta con una versión a color y otra en escala de grises, las dos opciones son igualmente validas ya que contienen las mismas variables.
- Esta ficha debe estar en la carpeta de cada beneficiario.

Para nuevas unidades de servicio y nuevos beneficiarios en unidades que ya están operando

- Deben aplicar la ficha de caracterización sociofamiliar Versión 2.
- Para la impresión del instrumento cuenta con una versión a color y otra en escala de grises, las dos opciones son igualmente validas ya que contienen las mismas variables.
- Esta ficha debe estar en la carpeta de cada beneficiario.

DILIGENCIAMIENTO

El instrumento debe ser diligenciado por los agentes educativos y/o los profesionales de los equipos psicosociales de cada Unidad de Servicio.

El diligenciamiento de este instrumento se realizará en varios momentos durante la vigencia del servicio de atención por lo tanto en cada una de las variables se especifica, a través de las convenciones que se presentan a continuación, el momento sugerido de aplicación. Es importante anotar que este es un instrumento que permite hacer seguimientos periódicos con el fin de realizar un proceso real de seguimiento a algunas de las áreas de desarrollo de los niños y las niñas, así como de algunos procesos de las madres gestantes y lactantes.

P1: Primer Mes – Inicio del servicio

P3: Tercer Mes

P6: Sexto Mes

P9: Noveno Mes

P11: Onceavo Mes

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 3 of 25

Igualmente existen algunas variables que NO deben ser diligenciadas por las modalidades de Hogares Comunitarios de Bienestar, las cuales estarán demarcadas con la siguiente convención:

N/A-HCB: No aplica para las modalidades de Hogares Comunitarios de Bienestar

FICHA DE CARACTERIZACION SOCIOFAMILIAR-2014

Fecha de diligenciamiento inicial: Escribir en este apartado la fecha en la que se inicia el diligenciamiento del instrumento.

Modulo I – Familias y Comunidad

Información de la Entidad Administradora del Servicio

Nombre de la Entidad Administradora del servicio: (P1) En este espacio se deberá diligenciar el nombre en mayúscula de la Entidad Administradora de Servicios a la cual pertenece la Unidad de Servicio. Debe ser registrada con el nombre con el que aparece en el certificado de la cámara y comercio y como está registrada en el convenio suscrito por el ICBF.

Tipo de documento de la entidad administradora del servicio: (P1) Marcar con una X el tipo de documento de identificación tributaria de la Entidad Administradora de servicios. Solo marcar una opción.

No. De Identificación de la Entidad Administradora de Servicios: (P1) Diligenciar el número de identificación de la Entidad Administradora de Servicios, con todos los dígitos incluyendo el dígito de verificación.

Nombre de la Unidad de Servicio- UDS: (P1) Diligenciar el nombre completo de la Unidad de Servicio.

Modalidad del servicio prestado en la unidad de servicio: (P1) Diligenciar la modalidad de servicio que se presta en la Unidad de Servicio donde se diligencia el instrumento, Por ejemplo:

- Modalidad Institucional (CDI/Hogar Infantil/Lactantes y preescolares)
- Modalidad Familiar
- Jardín Social
- Hogares múltiples
- Hogares empresariales
- Jardines comunitarios
- Hogares comunitarios FAMI
- Hogares comunitarios Familiares y agrupados

Ubicación UDS

Departamento (P1): Diligenciar el departamento donde se encuentra ubicada la unidad de servicio

Municipio/Distrito (P1): Diligenciar el municipio o distrito donde se encuentra ubicada la unidad de servicio.

Dirección (P1): Escribir en este espacio la dirección exacta donde se encuentra la unidad de servicio, en caso de no contar con nomenclatura, especificar la ubicación a partir de instrucciones que permitan fácilmente ubicar la unidad de servicio.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 4 of 25

A. INFORMACION DEL BENEFICIARIO

A1. Tipo de beneficiario: (P1) Marque con una X el tipo de beneficiario(a) a quien pertenece la ficha, si es un niño o niña de cero a cinco años, o una mujer en estado de gestación o una mujer en etapa de lactancia (hijo o hija de cero a 6 meses de edad).

A2. Nombre del beneficiario: (P1)

Primer Nombre: diligencie el primer nombre del beneficiario(a), por ejemplo si el nombre es MARIA PAULA, solo escriba en la casilla María. En caso de tener más de dos nombres como por ejemplo Natalia del Pilar, solo escriba NATALIA en la casilla de primer nombre.

Segundo Nombre: diligencie el segundo nombre del beneficiario(a), por ejemplo si el nombre es MARIA PAULA, solo escriba en la casilla PAULA. En caso de tener más de dos nombres como por ejemplo NATALIA DEL PILAR, escriba en esta casilla DELPILAR.

Primer Apellido: diligencie el primer apellido del beneficiario(a), por ejemplo si el apellido es CARDENAS FONSECA, solo escriba en la casilla CARDENAS.

Segundo Apellido: diligencie el segundo apellido del beneficiario(a), por ejemplo si el apellido es CARDENAS FONSECA, solo escriba en esta casilla FONSECA.

A3. Tipo de documento de identidad: (P1) De las opciones presentadas marque con una X el tipo de documento de identidad con el que cuente el beneficiario(a).

- Registro civil
- Tarjeta de identidad (Aplica en caso que la beneficiaria sea una mujer en gestación o en periodo de lactancia.)
- Cedula de ciudadanía (Aplica en caso que la beneficiaria sea una mujer en gestación o en periodo de lactancia.)
- Cedula de extranjería (Aplica en caso que la beneficiaria sea una mujer en gestación o en periodo de lactancia.)
- Pasaporte (Escribir el número del pasaporte, no el número de la libreta)
- Sin documento (Recuerde que si el beneficiario (a) no cuenta un documento de identificación, la unidad de servicio debe apoyar y orientar los padres o cuidadores principales, o al mismo beneficiario en la obtención de dicho documento, con las autoridades competentes)
- Pasaporte

A4. No. De documento de identidad: (P1) Escriba en esta casilla el número de identificación del beneficiario(a).

A5. Fecha de expedición del documento de identidad: (P1) Escriba en este campo la fecha de expedición del documento de identidad del beneficiario, en caso de no tenerla, no diligencie este campo.

A6. Lugar de expedición del documento de identidad: (P1) Diligencie este espacio solo si la nacionalidad del beneficiario es colombiana, escriba el departamento y municipio o distrito donde fue expedido el documento de identidad.

A7. Fecha de Nacimiento: (P1) Escriba en este campo la fecha de nacimiento del beneficiario(a).

A8. Edad: (P1) Diligencie la edad del beneficiario(a) en años, en caso que el beneficiario(a) tenga menos de 1 año de edad, no diligencie esta casilla.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 5 of 25

A9. **Sexo: (P1)** Marque con una X el sexo del beneficiario si es niño/hombre marque M de masculino y si es una niña/mujer marque F de femenino.

A10. **País de Nacimiento: (P1)** Escriba el país de nacimiento del beneficiario(a).

A11. **Departamento de nacimiento: (P1)** En caso que el país de nacimiento sea Colombia, diligencie el departamento de nacimiento del beneficiario(a).

A12. **Municipio de Nacimiento: (P1)** En caso que el país de nacimiento sea Colombia, diligencie el municipio/distrito de nacimiento del beneficiario(a).

A13. **Grupo étnico en el que se identifica el beneficiario: (P1)** Marque con una X alguna de las opciones si el beneficiario(a) da aceptación, por auto reconocimiento de su pertenencia, a algún grupo étnico definido como “población indígena”, “población Afrocolombiano”, “población Rom/Gitano”, “población Raizal descendiente del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina”, si no se considera perteneciente a un grupo étnico, seleccione la opción “No se autoreconoce en ninguno de los anteriores” y remítase a la pregunta A17.

Mestizo no se considera un grupo étnico. Debe marcar las opciones partiendo del libre autoreconocimiento y la pertenencia a una comunidad de origen del beneficiario(a). No depende en ningún caso del criterio de quien realiza la entrevista.

Indígena: Persona de origen amerindio, con características culturales que reconocen como propias del grupo y que le otorgan singularidad y revelan una identidad que la distingue de otros grupos, independientemente de que vivan en el campo o en la ciudad.

Afrocolombiano: Persona que presenta una ascendencia africana reconocida y que poseen algunos rasgos culturales que les da singularidad como grupo humano, comparten una tradición y conservan costumbres propias que revelan una identidad que la distinguen de otros grupos, independientemente de que vivan en el campo o en la ciudad. (Ver Numeral 5, art. 2 Ley 70/93)

Raizal descendiente del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina: Persona ubicada en el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Su cultura tiene raíces africanas, inglesas y mucha influencia de los colonos colombianos. Su lengua el criol es de base inglesa.

Rrom o Gitano: Persona del pueblo nómada de origen Egipcio e Indio, que conservan sus rasgos culturales propios y mantienen su propia lengua llamada Romanés o Romaní.

Territorio colectivo de comunidades negras: Son tierras asignadas y tituladas por el INCORA a comunidades negras de acuerdo con la Ley 70 de 1993. Están ubicadas en la región del Pacífico.

Resguardo Indígena: Es un territorio con límites establecidos por la Ley, ocupado por una o más comunidades indígenas, con una organización social propia y con títulos de propiedad colectiva, inembargables e intransferibles.

A14. *Si el núcleo familiar del beneficiario se reconoce como Afrocolombiano o Indígena indique a qué comunidad, resguardo o territorio colectivo pertenece (P1):* En caso que el beneficiario(a) se autoreconozca como perteneciente a alguno de los grupos étnicos mencionados en la pregunta A13. diligencie el nombre de la comunidad o pueblo y resguardo al que pertenece.

A15. **En la familia se habla la lengua nativa del grupo étnico al que pertenece: (P1)** En caso que en la familia del beneficiario(a) se hable el dialecto del grupo étnico al que pertenece marque con una X en la casilla SI. En caso de que no se hable marque una X en la casilla NO.

A16. **¿El beneficiario(a) habla la lengua nativa del grupo étnico al que pertenece?: (P1)** En caso que el/la beneficiario(a) hable el dialecto del grupo étnico al que pertenece marque con una X en la casilla SI. En caso de que no se hable marque con una X en la casilla NO.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 6 of 25

A.17. Datos de contacto del Adulto responsable o acudiente: (P1)

Dirección: Escriba la dirección exacta del lugar de residencia actual del adulto responsable (niño o niña) o acudiente (gestante o lactante), En caso de que se encuentre en una zona rural, indique las señales que describan su ubicación. Ejemplo: Kilómetro 7, frente a la escuela Jose Joaquín, al lado de la finca la arboleda. Tenga en cuenta la tabla de abreviaciones que se presenta a continuación:

Elemento	Abreviatura
Apartamento	AP
Autopista	AU
Avenida	A
Barrio	BR
Bloque	BQ
Bulevar	BL
Calle	C
Carrera	K
Carretera	CR
Casa	CS

Teléfonos: Escriba el número de teléfono fijo o celular del adulto acudiente de los niños o niñas o del acudiente de la madre gestante o lactante.

A18. ¿Ha sido víctima del desplazamiento forzado u otro hecho victimizante?: (P1) Marque con una X en la casilla SI, en caso que el beneficiario(a) haya sido víctima de desplazamiento forzado u otro de los hechos victimizantes establecidos por la ley 1448 de 2011, a continuación se presenta un listado de los posibles hechos:

Homicidio Incluidas Masacres	Víctimas De	Acto Terrorista
Secuestro		Atentados; Combates
Desaparición Forzada		Enfrentamientos Y Hostigamientos
Tortura		Abandono Forzado O Despojo Forzado De Tierras
Delitos Contra La Libertad Y La Integridad Sexual En El Marco Del Conflicto		Desplazamiento Forzado
Minas Antipersonales, Municion Sin Explotar Y Artefacto Explosivo Improvisado		Entre Otros.
Vinculación De Niños Niñas Adolescentes A Actividades Relacionadas Con El Conflictos		

A.19. ¿Algún miembro del grupo familiar con el que convive el beneficiario ha sido víctima del Desplazamiento forzado u otro hecho victimizante?: (P1) Marque con una X en la casilla SI, en caso que algún miembro de la familia con el que convive el beneficiario ha sido víctima de desplazamiento forzado u otro de los hechos victimizantes establecidos por la ley 1448 de 2011, a continuación se presenta un listado de los posibles hechos:

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 7 of 25

Homicidio Incluidas Víctimas De Masacres	Acto Terrorista
Secuestro	Atentados; Combates
Desaparición Forzada	Enfrentamientos Y Hostigamientos
Tortura	Abandono Forzado O Despojo Forzado De Tierras
Delitos Contra La Libertad Y La Integridad Sexual En El Marco Del Conflicto	Desplazamiento Forzado
Minas Antipersonales, Munición Sin Explotar Y Artefacto Explosivo Improvisado	Entre Otros.
Vinculación De Niños Niñas Adolescentes A Actividades Relacionadas Con El Conflictos	

A.20. Señale el tipo de relación del miembro del grupo familiar con el que convive, que ha sido víctima del Desplazamiento u otro hecho victimizante: **(P1)** Marque con una X el o los miembros del grupo familiar que han sido víctimas de desplazamiento u otro hecho victimizante.

B. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA DEL BENEFICIARIO

B1. *Departamento de residencia:* **(P1)**: Escribir el nombre del departamento de residencia actual del beneficiario(a).

B2. *Municipio/Distrito de residencia:* **(P1)**: **Diligenciar** en esta casilla el nombre del municipio o distrito de residencia actual del beneficiario(a)

B3. *Zona de ubicación:* **(P1)** Seleccione con X la zona en está ubicada la residencia del beneficiario(a), ya sea *Cabecera* o *Resto (Rural Dispersa)*.

Cabecera: Corresponde al área más densamente poblada del municipio, lugar donde funciona la sede de la Alcaldía Municipal, Centro poblado no categorizado, Corregimiento, Caserío, Inspección de Policía, Inspección de Policía Municipal, Inspección de Policía Departamental.

Resto (Rural disperso): Corresponde al área que está por fuera del perímetro urbano. Se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ella. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y demás. Tampoco dispone, por lo general, de servicios públicos y otro tipo de facilidades propias de las áreas urbanas.

B4. *Nombre del corregimiento o vereda:* **(P1)** Diligenciar el nombre del corregimiento o vereda, donde reside actualmente el beneficiario(a).

B5. *Nombre del Barrio:* **(P1)** Escribir el nombre del barrio en el que reside actualmente el beneficio(a) en caso que aplique.

B6. *Dirección de la vivienda:* **(P1)** Escribir en mayúsculas la dirección donde se encuentra ubicada la residencia del beneficiario. En caso de que se encuentre en una zona rural, indique las señales que describan su ubicación. Ejemplo: Kilómetro 7, frente a la escuela Jose Joaquín, al lado de la finca la arboleda. Tenga en cuenta la tabla de abreviaciones que se presenta a continuación:

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 8 of 25

Elemento	Abreviatura
Apartamento	AP
Autopista	AU
Avenida	A
Barrio	BR
Bloque	BQ
Bulevar	BL
Calle	C
Carrera	K
Carretera	CR
Casa	CS

B7. Tipo de vivienda: (P1) Marque con una X el tipo de vivienda en la que habita el beneficiario(a) solo diligencie una opción.

B8. Tipo de tenencia de la vivienda: (P3) Marque con una X la opción que corresponda a la condición en la que se encuentra la vivienda del beneficiario(a).

Propia: La vivienda se encuentra a nombre del cuidador principal del niño o niña, del acudiente de la madre gestante o lactante, o de la propia madre gestante o lactante

Familiar: La vivienda se encuentra nombre de más de uno de los miembros de la familia (Ej: padres o hermanos de los cuidadores principales)

En arriendo o subarriendo: Vivienda que no se encuentra a nombre de la familia del beneficiario y por la que se paga un valor específico.

Ocupante de hecho o poseedor: Familia que hace uso de la vivienda sin autorización de su propietario, aunque efectúe algún pago a terceros por usarla.

En concesión: Vivienda que es entregada temporalmente por el Estado o por una entidad privada con el objetivo de garantizar un techo a la familia.

Titulación comunitaria: Vivienda cuya propiedad es de más de una familia, y se encuentra a nombre de un grupo social, cultural o económico.

B9. Tiempo de permanencia del núcleo familiar en el barrio o corregimiento: Escriba en años y meses el tiempo de permanencia del núcleo familiar en la vivienda y en el barrio.

B10. Número de personas que conforman el núcleo familiar y conviven en la misma vivienda: Diligencie el número de personas que conforman el núcleo familiar y conviven en la misma vivienda.

B11. Excluyendo la sala y el comedor de cuantos cuartos dispone el núcleo familiar del beneficiario para que duerman los niños y/o niñas menores de 5 años: (P3) Escriba el número de cuartos (habitaciones) que tiene la vivienda del beneficiario(a) dispuestas para que duerman los niños y/o niñas menores de 5 años. En caso que la vivienda no cuente con espacios dispuestos como habitaciones marque X en la opción de no dispone. Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 9 of 25

información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

CONDICIONES DE HABITABILIDAD

B12. Los niños y niñas duermen con adultos en la misma habitación: (P3) Marque con una X la opción que corresponda, si los niños y niñas comparten la misma habitación con adultos marque SI de lo contrario marque NO.

B13. Los niños y niñas duermen con adultos en la misma cama: (P3) Marque con una X la opción que corresponda, si los niños y niñas comparten la misma cama de manera permanente con adultos marque SI, de lo contrario marque NO.

B14. La vivienda cuenta con espacios independientes para dormitorio, cocina y baños (Verificación a través de visita domiciliaria): (P3) Marque con una X la opción que corresponda. Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

B15. La vivienda cuenta con espacios aseados (Verificación a través de visita domiciliaria): (P3) Marque la opción que corresponda, los espacios aseados deben ser determinados por la persona que realice la entrevista y/o la visita. Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

B16. En el núcleo familiar del beneficiario los niños o niñas menores de 5 años duermen en (Verificación a través de visita domiciliaria): (P3) Marque solo una opción. Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

B17. El núcleo familiar del beneficiario tiene acceso a los siguientes servicios domiciliarios: (P3) Marque con una X en los servicios públicos domiciliarios con los que cuenta la vivienda donde habita el/la beneficiario(a). Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

B18. El agua que consumen y utilizan para la preparación de los alimentos la obtienen de (Verificación a través de visita domiciliaria): (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 10 of 25

B19. El núcleo familiar recibe el servicio de agua (Verificación a través de visita domiciliaria): (P3) Reportar el número de veces que la vivienda del beneficiario recibe el suministro de agua a la semana. Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

B20. En el hogar el agua la usan: (Verificación a través de visita domiciliaria): (P3) Especificar cuál es el tratamiento que le dan al agua que recibe la vivienda para su consumo en el hogar. Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

B21. ¿Cuál es el tratamiento que le dan a las basuras? (Verificación a través de visita domiciliaria): (P3) Marque una o más opciones según corresponda. Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

B22. ¿Con qué tipo de sanitario cuenta el hogar? (P3) Marque con una X solo una de las opciones de respuesta. Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

B23. El sanitario es de uso: (P3) Diligencie esta respuesta según como lo reporte la persona entrevistada.

- *Exclusivo para el núcleo familiar:* Marque esta opción en caso que el uso del sanitario sea solo para los miembros del núcleo familiar.
- *Compartido con otros núcleos:* Marque esta opción en caso que el uso del sanitario sea para otras personas, diferentes a las que conforman el núcleo familiar. Por ejemplo, otra familia que conviva en la misma vivienda del beneficiario.

B24. Cerca de la vivienda se cuenta con: (P3) Marque con una X una o más opciones, según lo reporte la persona entrevistada.

C. COMPOSICIÓN Y ESTRUCTURA FAMILIA

C1. Miembros que componen el núcleo familiar del beneficiario y que conviven con él o ella: Diligencie en esta tabla la información de los miembros de la familia que componen el núcleo familiar y conviven en el mismo hogar con el beneficiario. En la línea No.1 por favor escriba los datos de la

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 11 of 25

cabeza del núcleo familiar (esta información debe ser diligenciada en su totalidad en el **P1**) y en los siguientes el resto de los miembros de la familia inmediata (Esta información debe ser diligenciada en el **P3**). Utilice un número para cada miembro. A continuación se describen todas las casillas de información solicitada.

Si la cabeza del núcleo familiar es la misma madre gestante o lactante beneficiaria por favor NO conteste la casilla: Tipo de identificación, número de identificación, edad, estado de afiliación en el SGSSS, nombre de la EPS y condiciones especiales.

Parentesco: escriba cuál es la relación que tiene con el/la beneficiario(a) si es el padre-madre/padrastro-madrastra/ esposo – compañero permanente/hermano (a)-hermanastro (a)/abuelo (a)/primo(a)/tío(a) u otro.

Nombre completo: escriba los nombres y apellidos completos del miembro del núcleo familiar, recuerde en el número 1 diligenciar la información de la cabeza del núcleo familiar.

Tipo de identificación: Escribir las siglas del tipo de documento de identificación de cada miembro del núcleo familiar. Recuerde que si la cabeza del núcleo familiar no cuenta con un documento de identificación, la unidad de servicio lo(a) apoyará y orientará en la obtención de dicho documento, con las autoridades competentes

REGISTRO CIVIL	RC
TARJETA DE IDENTIDAD	TI
CEDULA DE CIUDADANÍA	CC
CEDULA DE EXTRANJERÍA	CE
PASAPORTE	PS
SIN DOCUMENTO	SD

Número de identificación: Escriba en esta casilla el número de identificación de cada uno de los miembros del núcleo familiar.

Edad: Diligencie la edad en años para cada uno de los miembros del núcleo familiar.

Nivel de escolaridad: Reporte en esta casilla el último nivel escolar alcanzado por cada uno de los miembros del núcleo familiar.

Ocupación: Escriba la actividad laboral que realiza cada uno de los miembros del núcleo familiar. Por ejemplo:

Agricultura, pesca, ganadería, caza y silvicultura	Suministro de electricidad, gas y agua	Actividades inmobiliarias
Explotación de Minas y Canteras	Comercio, hoteles y restaurantes	Servicios comunales, sociales y personales
Industria manufacturera	Transporte, almacenamiento y comunicaciones	Otro, ¿Cuál?
Construcción	Intermediación financiera	No sabe /No responde (No informa)

Continuación de la tabla de información de los miembros del núcleo familiar

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 12 of 25

Sabe leer: Escriba SI o NO según corresponda para cada uno de los miembros del núcleo familiar. Recuerde que en el número 1 debe continuar diligenciando la información de la cabeza del núcleo familiar, y así sucesivamente con el número asignado a cada miembro del grupo familiar.

Sabe escribir: Escriba SI o NO según corresponda para cada uno de los miembros del núcleo familiar.

Estado laboral: Escriba cuál es el estado laboral actual para cada uno de los miembros del grupo familia. Ejemplo:

Empleado particular	Independiente	Jornalero o Peón
Empleado del gobierno	Patrón empleador	Otro. ¿Cuál?
Empleado doméstico	Trabajador sin remuneración en otras empresas	No sabe /No responde (No informa)

No. De Días que a la semana que labora: Diligencie el número de días en los que trabaja cada miembro del grupo familiar. Pueden ser de 1 a 7.

Horas al día que labora: Escriba el número de horas en las que trabaja a diario cada uno de los miembros del grupo familiar.

Condiciones especiales: Escriba en esta casilla si los miembros del núcleo familiar presentan alguna de las siguientes condiciones especiales:

Víctima del conflicto armado	Con discapacidad	Víctima de desastres naturales	Niño o niña en proceso administrativo de restablecimiento de derechos	Otra condición especial. ¿Cuál?	Ninguna de las anteriores
------------------------------	------------------	--------------------------------	---	---------------------------------	---------------------------

Aporta al sustento económico: Escriba para cada uno de los miembros del núcleo familiar, si aportan económicamente o no al sustento del hogar.

Estado en el SGSSS: Escriba cuál es el estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para cada uno de los miembros del núcleo familiar.

Cotizante del régimen contributivo	Beneficiario del régimen contributivo	Beneficiario del régimen subsidiado	Afiliado al régimen especial	No afiliado (a)
------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------	-----------------

Nombre de la EPS: Escriba el nombre de la EPS a la que cada uno de los miembros de la familia se encuentra afiliado.

DATOS DE LA CABEZA DEL NÚCLEO FAMILIAR

Estas preguntas son exclusivas para la cabeza del núcleo familiar, ya sea padre, madre, cuidador principal o acudiente. Si la cabeza del núcleo familiar es la misma madre gestante o lactante beneficiaria por favor SI conteste las siguientes preguntas:

C2. Condición especial del padre o madre cabeza de hogar: (P1) Marque con una X si la cabeza del núcleo familiar tiene alguna de las condiciones mencionadas en la ficha

C3. ¿Presenta declaración de los hechos de victimización en el marco del conflicto armado ante la personería, Defensoría o Procuraduría? (P1) (Contestar solo si en la pregunta C2. Marcó Víctima del

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 13 of 25

conflicto armado): Marque con una X la casilla que corresponda, solo sí en la pregunta C2. Marque la opción de víctima de conflicto armado.

C4. Pertenece a población prioritaria de: (P1) Marque con una X si la cabeza del núcleo familiar se le aplicó la encuesta SISBEN y diligencie el número del puntaje asignado, Si la cabeza del núcleo familiar también hace parte del programa UNIDOS marque igualmente con una X y escriba el número de folio asignado.

C5. ¿Recibe subsidio de familias en acción?: (P1) Marcar en la casilla que corresponda, si la cabeza del núcleo familiar recibe subsidio del programa familias en acción o más familias en acción marque con una X la casilla si, en tal caso especifique si el beneficio que recibe es para nutrición o educación o ambos. En caso de no recibir subsidio marque con una X en la casilla NO.

C6. ¿Se encuentra recibiendo beneficios de otro programa?: (P1) Diligencie esta casilla marcando con una X la opción que corresponda, en caso de diligencia la casilla SI, por favor marque con una X cual es la fuente del programa, si es del departamento, del municipio o de una Organización no gubernamental o fundación.

C7. La mujer cuidadora del niño o niña menor de cinco años se encuentra: (P3) Si es una mujer quien se encarga del cuidado del niño o niña menor de 5 años, reporte si se encuentra en gestación, o en el periodo de lactancia exclusiva o si no se encuentra en ninguno de los anteriores estados. Si es un hombre quien se encarga del cuidado del niño o niña no responda esta pregunta.

C8. En caso de no encontrarse afiliado al Sistema de seguridad social en salud, ¿Cuál es la razón? (P1) En caso que en la pregunta C1, haya escrito la opción de No Afiliado, especifique según las opciones, el motivo de la no afiliación en este momento. Puede marcar varias opciones.

C9. Dentro de sus metas en un plazo de un año, se proyecta: (P3) (Diligenciar solo si la cabeza del núcleo familiar es mayor de 18 años): Marque con una X la opción que más se acerque a los planes que la cabeza del núcleo familiar pueda tener en el plazo de un año, siempre y cuando sea mayor de edad.

C10. La cabeza de hogar hace parte de: (P3) Marque con una X una o varias opciones si la cabeza del núcleo familiar participa en alguna de las mencionadas actividades comunitarias, en caso que no participe en ninguna marque con una X la casilla de ninguna de las anteriores.

C11. El padre y la madre de los niños y niñas menores de 5 años, planearon con antelación el embarazo: (P3) Marque con una X en la casilla que corresponda, si el padre y la madre planearon el embarazo con antelación Marque SI, de lo contrario marque NO.

D. RELACIONES COMUNITARIAS Y DE VECINDARIO

D1. El núcleo familiar se apoya de sus vecinos cuando: (Puede marcar más de una opción): Escoja la o las mejores opciones que describan la manera en la que toda la familia se relaciona con los vecinos cercanos (aún si los vecinos hacen parte de su familia extensa).

D2. ¿El núcleo familiar completo o alguno de sus miembros apoya a sus vecinos cuando lo requieren?: (P3) Marque SI con una X si alguno de los miembros del núcleo familiar o toda la familia presta algún tipo de ayuda a los vecinos cercanos.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 14 of 25

D3. *¿EL núcleo familiar comparte actividades con los vecinos?: (P3)* Marque cuál o cuáles actividades comparte alguno de los miembros de la familia o todo el núcleo familiar con los vecinos.

D4. *El núcleo familiar comparte sus dificultades con: (P3)* Marque una o varias opciones, reporte quienes son esas personas con las que el núcleo familiar comparte y socializa situaciones difíciles como, dificultades económicas, problemas dentro del núcleo familiar, entre otros.

El núcleo familiar comparte sus acontecimientos especiales con: Marque una o varias opciones, reporte quienes son esas personas con las que el núcleo familiar comparte y socializa en como cumpleaños, celebraciones importantes, fiestas nacionales, entre otros.

D5. *Cuándo se presentan algunas dificultades con los vecinos el núcleo familiar los resuelve: (P3)* En caso de que se presenten algunas dificultades con los vecinos cercanos reportar cual es el mecanismo más utilizado para solucionar estas dificultades, en caso que nunca se hayan presentado dificultades con los vecinos por favor deje este espacio en blanco.

D6. *La cabeza del núcleo familiar pertenece a algún tipo de organización dentro de su barrio o vereda: (P3)* Marque con una X una o varias opciones en caso de que la cabeza del núcleo familiar participe en más de una de las actividades mencionadas.

D7. *Cuál es el mayor talento o capacidad de la cabeza del núcleo familiar para trabajar en grupo o comunitariamente: (P3)* Marque una o más opciones en caso que la cabeza del núcleo familiar identifique más de un talento con el que pueda aportar a su comunidad cercana.

D8. *Alguno de los miembros del grupo familiar desearía pertenecer a alguna organización en su barrio: (P3)* Marque con una X la respuesta que corresponda.

D9. *Cuándo se realizan actividades comunitarias, se comunican a través de: (P3)* Marque con una X la opción que corresponda, según los mecanismos que usa la comunidad para hacer públicas sus actividades.

Persona que diligencia la ficha por parte de la Entidad Administradora de Servicios: (P1) Escriba el nombre completo de la persona de las EAS que diligencia la ficha, junto con su cargo en la Unidad de Servicio, no olvide firmar el formulario.

Nombre de la persona que responde la ficha: (P1) Escriba el nombre completo de la persona que responde la entrevista y su parentesco con el beneficiario(a).

Módulo II – Niños y Niñas de cero a 5 años

Recuerde que el módulo II solo aplica para beneficiarios niños y niñas de cero a 5 años, incluyendo aquellos de cero a 6 meses de edad cuya madre lactante es la beneficiaria del programa.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 15 of 25

Fecha de diligenciamiento: **(P1)** Escribir en este apartado la fecha en la que se inicia el diligenciamiento del segundo módulo del instrumento.

Nombre del beneficiario: **(P1)**

Primer Nombre: diligencie el primer nombre del beneficiario(a), por ejemplo si el nombre es MARIA PAULA, solo escriba en la casilla María. En caso de tener más de dos nombres como por ejemplo Natalia del Pilar, solo escriba NATALIA en la casilla de primer nombre.

Segundo Nombre: diligencie el segundo nombre del beneficiario(a), por ejemplo si el nombre es MARIA PAULA, solo escriba en la casilla PAULA. En caso de tener más de dos nombres como por ejemplo NATALIA DEL PILAR, escriba en esta casilla DELPILAR.

Primer Apellido: diligencie el primer apellido del beneficiario(a), por ejemplo si el apellido es CARDENAS FONSECA, solo escriba en la casilla CARDENAS.

Segundo Apellido: diligencie el segundo apellido del beneficiario(a), por ejemplo si el apellido es CARDENAS FONSECA, solo escriba en esta casilla FONSECA.

Esta información se registra en este apartado como mecanismo de control para la carpeta.

Tipo de documento de identidad: **(P1)** De las opciones presentadas marque con una X el tipo de documento de identidad con el que cuente el beneficiario(a).

- Registro civil
- Cedula de extranjería (Aplica en caso que la beneficiaria sea una mujer en gestación o en periodo de lactancia.)
- Sin documento (Recuerde que si el beneficiario (a) no cuenta un documento de identificación, la unidad de servicio debe apoyar y orientar los padres o cuidadores principales en la obtención de dicho documento, con las autoridades competentes)
- Pasaporte

Esta información se registra en este apartado como mecanismo de control para la carpeta.

No. De documento de identidad: Escriba en esta casilla el número de identificación del beneficiario(a).

E. NUTRICIÓN

Las siguientes preguntas deben ser diligenciadas por el profesional en nutrición o el agente educativo (modalidad HCB) de acuerdo a la información de la carpeta del niño o niña. En el caso de las unidades de servicio que no cuenten con un profesional en nutrición, por favor diligencie la información con los datos entregados por el sector salud a los cuidadores y padres de familia (Carnet de vacunación, registro de nacido vivo, carnet de crecimiento y desarrollo).

E1. Peso al nacer del niño o niña: **(P1)** Reportar en este espacio el peso en gramos del niño o niña en el momento del nacimiento, esta información la puede encontrar en el registro de nacido vivo.

E2. Talla al nacer del niño o niña: **(P1)** Reportar en este espacio la talla en centímetros del niño o niña en el momento del nacimiento, esta información la puede encontrar en el registro de nacido vivo.

E3. ¿El niño o niña cuenta con el carnet actualizado de crecimiento y desarrollo?: **(P1)** Reportar si el niño o niña cuenta con un carnet de crecimiento desarrollo, verificar con el original del carnet antes de contestar esta pregunta.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 16 of 25

E4. Si el niño o niña cuenta con el carnet de crecimiento y desarrollo verifique, cuantos controles de crecimiento y desarrollo ha recibido en los últimos 6 meses: **(P1)** Reportar el número de controles de crecimiento y desarrollo del niño o niña, según como se evidencie en el carnet y la fecha del último control reportado en el carnet.

E5. Si el niño o niña es menor de seis meses ¿Está siendo alimentado con leche materna de forma exclusiva?: **(P1)** En caso de que el niño o niña tenga hasta 6 meses de edad, reporte si el único alimento que consume es leche materna en tal caso marque con X en la casilla SI, en caso de que consuma otro tipo de alimentos además de la leche materna marque NO.

E6. Si a respuesta anterior es NO, ¿qué tipo de alimentación recibe el niño o niña menor de seis meses?: **(P1)** Si la respuesta a la pregunta E5. Fue NO, Marque con una X el tipo de alimentación que el niño o niña recibe en este momento.

E7. Si el niño o niña es mayor de 6 meses y menor de 2 años, está siendo alimentado con: **(P1)** Marque con una X una o varias opciones, según corresponda.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Datos de control de peso y talla: En este apartado encontrará una tabla que debe ser diligenciada de acuerdo a las tomas regulares de peso y talla que realiza cada unidad de servicio. **(P1) (P2) (P3) (P4)**

No. De orden de control: Especificar el número de la toma, recuerde que la toma de talla y peso inicial debe ir en el número 1. Las directrices afirman que deben hacerse 4 reportes al año, se dejan espacios adicionales en caso que sea necesario reportar alguna toma adicional.

Fecha de control: Diligenciar la fecha en la que se toma el peso y talla, no la fecha del registro.

Edad: reportar la edad en años y en meses cumplidos del niño o niña en el momento de la toma de talla y peso.

Peso: Reportar kilos y gramos tal y como arroje los datos la báscula.

Talla: Reportar en centímetros la talla reportada por el tallímetro según las instrucciones de toma de medidas.

Interpretación de la curva de crecimiento: **(P1) (P3) (P6) (P9)** Esta casilla no aplica para la modalidad de HCB, la interpretación en esta modalidad se realiza de acuerdo a las gráficas dispuestas para tal fin en el lineamiento técnico de Hogares Comunitarios de Bienestar. Para las modalidades Institucional y Familiar la profesional en nutrición debe diligenciar esta casilla de acuerdo al análisis de la información reportada.

E8. Si el niño o niña presenta diagnóstico de desnutrición u obesidad, le han realizado los siguientes exámenes: **(P1) (P3) (P6) (P9)**

Las preguntas sobre el diagnóstico en cada una de las 4 tomas anuales deben ser contestadas por el profesional responsable del área de nutrición de la UDS, según su criterio profesional y los estándares que para tal fin disponga la dirección de nutrición del ICBF.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 17 of 25

Para la siguiente casilla sobre los exámenes realizados, esta pregunta debe ser contestada por el cuidador principal y verificada por el profesional de nutrición de la UDS, en caso que el cuidador principal no tenga conocimiento del nombre de los exámenes realizados, pídale una copia de los resultados de laboratorio al cuidador principal para poder cotejar la información.

En la casilla siguiente donde se pregunta si el niño o niña presenta desnutrición, está siendo atendido por algún programa? ¿Cuál? Debe ser contestada por el profesional de nutrición o el agente educativo en el caso de la **modalidad HCB** y el cuidador principal, lo anterior con el objetivo de hacer seguimiento a los niños y niñas en condición de desnutrición.

Recuerde que a pesar que durante el año se realizan solo 4 tomas de talla y peso, es importante realizar seguimiento constante frente a señales de alerta que se puedan presentar durante el periodo transcurrido entre toma y toma.

E9. El niño o niña mayor de dos años ¿ha recibido en el último año antiparasitarios, por parte de algún servicio de salud?: (P1) (P6) Marque con una X la opción que corresponda. Recuerde que si la respuesta es NO, es necesario gestionar con la EPS del niño o niña la entrega de dicho antiparasitario bajo prescripción médica.

E10. En caso de haber recibido antiparasitarios, indique la última fecha en la que fue tomada por el niño o niña: (P1) (P6) En caso que la respuesta a la pregunta E9 sea SI reporte la fecha en la que fue tomado dicho antiparasitario por última vez (recuerde que hay antiparasitarios que solo se toman una vez y otros que se ingieren en varias tomas)

E11. ¿El niño o niña tiene alguna dieta especial o restricción alimentaria o alergia alimentaria?: (P1) Reporte en esta casilla en caso que el niño o niña tenga alguna restricción alimentaria a tener en cuenta en el momento de su ingreso al servicio, en caso que la respuesta sea SI, por favor pídale por escrito al cuidador principal las instrucciones claras sobre los alimentos permitidos y no permitidos.

F. SALUD

F1. El niño o niña se encuentra afiliado al Sistema General de seguridad social en salud: (P1) Responda esta pregunta según corresponda y verifique la información a través del carnet de la EPS.

F2. El niño o niña es beneficiario del régimen: (P1) Marque con una X según corresponda, esta información la proporciona el cuidador principal o acudiente.

F3. Nombre de la Entidad Promotora de Salud a la que se encuentra afiliado: (P1) Escriba el nombre completo de la EPS a la que se encuentra afiliado, esta información la puede encontrar en el carnet de afiliación.

Semana de gestación en la ocurrió el parto (Nacimiento): (P3) Especifique la semana en la que nació el niño o niña, en caso de no contar con la información exacta registre el valor más aproximado según el reporte de la madre o cuidador principal.

Tipo de parto: (P3) Especifique cuál fue el tipo de parto por el que nació el niño o niña, parto natural es aquel en el que ningún procedimiento médico es necesario para el alumbramiento, el parto asistido es aquel en el que debe ser utilizado algún procedimiento médico para el alumbramiento (fórceps, cesárea etc...).

Servicio durante el parto: (P3) Especifique si el parto fue atendido en un centro hospitalario o no (recuerde que debe responder NO en caso que el alumbramiento haya sido en el hogar de la madre o en cualquier otro lugar distinto a un hospital)

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 18 of 25

F4. ¿El niño o niña cuenta con el carnet de vacunación actualizado?: (P1) Esta información debe ser verificada por el agente educativo o el profesional de salud de la UDS a través de la revisión del carnet de vacunación. Para tal fin la ficha de caracterización en la pregunta F5 incluye una tabla con el esquema de vacunación según edad, esta información permite cotejar si está al día o no.

F5. El niño o niña cuenta con el siguiente esquema de vacunación (Marque con una X aquellas que han sido aplicadas): (P1) Marque con una X las casillas que correspondan según la edad del niño, recuerde que esta tabla debe ser actualizada periódicamente según la edad del niño o niña.

Las siguientes preguntas deben ser contestadas por el cuidador principal -verificación por el profesional en nutrición en los casos que aplique

F6. En caso de no contar con el carnet de vacunación al día según la edad del niño o niña ¿Cuál ha sido el motivo?: (P1) (P6) (P11) Diligenciar una o más opciones según reporte el cuidador principal o acudiente.

F7. Si el niño o niña es mayor de 1 año ¿ha asistido a controles de salud oral?: (P1) Reportar la información entregada por el cuidador principal o acudiente y en caso que la respuesta sea NO, iniciar las gestiones pertinentes para que el niño o niña mayor de 1 año pueda tener a acceso al servicio de salud oral.

F8. En caso de que la respuesta a la pregunta F7. Sea No ¿Cuál es el motivo por el cual no ha asistido a los controles?: (P1) Responda la siguiente pregunta según el reporte del cuidador principal o el acudiente, puede ser más de una opción, recuerde que esta información le dará herramientas para gestionar el acceso al servicio de salud.

F9. El niño o niña menor de 4 años ¿ha recibido valoración para detección de problemas oftalmológicos?: (P1) Reportar la información entregada por el cuidador principal o acudiente y en caso que la respuesta sea NO, iniciar las gestiones pertinentes para que el niño o niña menor de 4 años pueda tener a acceso al servicio de oftalmología.

F10. El niño o niña menor de 5 años ¿ha recibido valoración para detección de problemas auditivos? (P1) Reportar la información entregada por el cuidador principal o acudiente y en caso que la respuesta sea NO, iniciar las gestiones pertinentes para que el niño o niña menor de 5 años pueda tener a acceso al servicio de oftalmología.

F11. El (la) beneficiario(a) ha asistido a consultas médicas distintas a las de Crecimiento y Desarrollo (Urgencias o Consulta Externa).de (P1) a (P11) (Deben hacerse reportes cuantas veces sea necesario). En caso que el niño o niña asista a consultas médicas diferentes a las de crecimiento y desarrollo diligencie la tabla incluida en la ficha, este instrumento le permitirá hacer seguimiento al estado de salud del niño o niña beneficiario(a) y generar alertas sobre condiciones de salud repetitivas a lo largo del año de servicio.

Fecha: Escribir a fecha exacta en la que el niño o niña asiste al servicio médico.

Motivo de Consulta: Escribir el motivo de consulta reportado por el cuidador principal o acudiente (Ej.: dolor de estómago, vómito, diarrea, dificultades para respirar, fiebre, ETC)

Diagnóstico: Escribir el diagnóstico médico que es entregado por el profesional en salud.

Incapacidad: En caso que el niño o niña sea incapacitado registre el número de días que le fue dada la incapacidad.

¿El niño o niña es alérgico a algún medicamento?: (P1) Reporte si el niño o niña es alérgico a algún medicamento, escriba cuál.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 19 of 25

¿El niño o niña presenta alguna condición médica crónica?: (P1) Reporte si el niño o niña presenta alguna condición crónica (Ej. Asma, diabetes etc...) diagnosticada, y escriba cuál es. Recomendación igualmente si requiere cuidados especiales por favor pídale al cuidador principal o acudiente todas las especificaciones y cuidados de la condición.

F12. ¿Al niño o niña beneficiario le han negado algún servicio de salud en los últimos tres meses?: (P1) Registre en esta casilla si el cuidador reporta la negación del servicio de salud en los últimos tres meses.

F13. Reporte de los servicios de salud negados: (P1) a (P11) La tabla que se encuentra en la ficha es necesario diligenciarla cuantas veces sea necesario, es decir el número de veces que sea negado un servicio de salud.

Fecha de negación: Diligencia la fecha en la que el niño o niña asistió o solicitó un servicio de salud y este fue negado. Esta información debe ser proporcionada de manera primordial por el cuidador principal o el acudiente.

Tipo de servicio negado: Escriba el motivo por el cuál negaron el servicio. Esta información debe ser proporcionada de manera primordial por el cuidador principal o el agente acudiente.

Motivo de la negación del servicio: Escriba la razón por la cual se negó el servicio de salud, en caso que las opciones registradas en la ficha no concuerden, escriba cuál fue el motivo. Esta información debe ser proporcionada de manera primordial por el cuidador principal o el agente acudiente.

F14. ¿Qué actores (personas) fueron contactados para gestionar el acceso al servicio que fue negado? (P1) a (P11): En caso que en la pregunta F13 se reporte la negación de algún servicio por favor diligencie la tabla con la siguiente información:

Actor contactado: Escriba el nombre completo y el cargo de la persona que fue contactada para iniciar a gestionar el servicio negado (Hospital, Centro Zonal de ICBF, Secretaria de Salud, equipo psicossocial de la UDS. Etc.)

Gestión realizada: Escriba cuál o cuáles fueron las gestiones realizadas por el actor contactado y por la UDS (cartas, llamadas, visitas etc.)

Resultado obtenido: Escribir si el servicio después de la gestión fue prestado o si se mantiene negado.

Fecha de seguimiento por parte de la UDS: Reportar la fecha en la que la UDS hace seguimiento a la negación del servicio después de haber hecho las respectivas gestiones.

F16. ¿El niño o niña beneficiario presenta discapacidad? (P1) Responda esta pregunta siempre teniendo en cuenta el diagnóstico médico y el anexo No.1 donde se especifican los tipos de discapacidad.

En caso que la respuesta sea SI responda la pregunta F17 y dirijase al formato 1A

F17. ¿Al niño o niña le han aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?: (P1) Reporte esta información según el reporte del cuidador principal y verifique con el certificado del registro.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 20 of 25

G. IDENTIFICACION DE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS BENEFICIARIOS

Recuerde que este módulo le permitirá tomar decisiones y planear mejor las actividades sobre el componente de cuidado y crianza.

G1. Condición especial del niño o niña: (P1) Marque una o más opciones según corresponda.

G2. Los niños y niñas una vez salen de la unidad de servicio permanecen con: (P1) Registre la respuesta del cuidador principal. Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

G3. ¿Cuáles de estas actividades realiza el núcleo familiar de los niños y niñas menores de 5 años durante la semana, para fortalecer el dialogo, vínculos familiares y lazos afectivos? (P3) Marque una o más opciones según el reporte del cuidador principal. Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

G4. La distribución de roles y actividades del cuidado de los niños menores de 5 años, en el núcleo familiar se realiza: (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

G5. ¿Cuál es el motivo más frecuente de disgusto entre los adultos del núcleo familiar?: (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

G6. ¿Cómo se solucionan los problemas dentro del núcleo familiar? (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

G7. Los adultos que conforman el núcleo familiar permiten que los niños y las niñas participen en algunas de las siguientes actividades del hogar: (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 21 of 25

información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

G8. Los adultos que conforman el núcleo familiar permiten que los niños y las niñas participen en actividades y decisiones de su interés (Puede seleccionar varias opciones). (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

G9. ¿Qué tipo de reconocimientos o incentivos se les dan a los niños y niñas menores de 5 años por sus logros? (P3) Reporte en este apartado la información que proporcione el cuidador principal.

G10. Verifique las condiciones físicas del niño o niña con base en los siguientes indicadores: (P1) (P6) (P11). Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

En caso que alguno de los indicadores (exceptuando el que afirma pide comida a los demás niños o niñas con frecuencia) sea marcado con siempre, en cualquiera de los tres momentos de revisión, active inmediatamente la ruta de restablecimiento de derechos, indistintamente que solo haya 3 momentos de reporte dentro de la ficha es importante que el seguimiento y observación por parte de los agentes educativos sea constante y en el caso de las modalidades institucionales y familiares este acompañado por el equipo psicosocial, el objetivo es no dejar pasar las alertas.

G11. Verifique las condiciones comportamentales del niño o niña con base en los siguientes indicadores: (P1) (P6) (P11). Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales, familiares, así como los agentes educativos de la modalidad FAMI, esta visita no aplica para la modalidad de Hogares comunitarios de Bienestar, en este caso solo reporte la información que es entregada por la persona (cuidador principal o acudiente) que responde a este instrumento.

En caso que alguno de los indicadores sea marcado con siempre, en cualquiera de los tres momentos de revisión, realice el seguimiento respectivo y diríjase a la autoridad competente descrita en la ruta de restablecimiento de derechos. Indistintamente que solo haya 3 momentos de reporte dentro de la ficha es importante que el seguimiento y observación por parte de los agentes educativos sea constante y en el caso de las modalidades institucionales y familiares este acompañado por el equipo psicosocial, el objetivo es no dejar pasar las alerta o posibles amenazas.

G12. Identifique algunas fortalezas de la relación del niño o niña con su entorno: (P1) (P6) (P11). Este ejercicio debe ser contestado por el agente educativo, quien está en constante interacción con los niños y niñas, sus respuestas deben estar basadas en su criterio como educador.

G13. Identifique algunas situaciones relevantes de la relación del niño o niña con su entorno: (P1) (P6) (P11). Este ejercicio debe ser contestado por el agente educativo y el cuidador principal, quienes están en constante interacción con los niños y niñas, sus respuestas deben estar basadas en su criterio conjunto.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 22 of 25

Persona que diligencia la ficha por parte de la Entidad Administradora de Servicios: (P1)
Escriba el nombre completo de la persona de las EAS que diligencia la ficha, junto con su cargo en la Unidad de Servicio, no olvide firmar el formulario.

Nombre de la persona que responde la ficha: (P1) Escriba el nombre completo de la persona que responde la entrevista y su parentesco con el beneficiario(a).

Módulo III – Mujer gestante - Lactante

Fecha de diligenciamiento: Escribir en este apartado la fecha en la que se inicia el diligenciamiento del instrumento.

INFORMACION DEL BENEFICIARIO

Nombre del beneficiario: (P1)

Primer Nombre: diligencie el primer nombre del beneficiario(a), por ejemplo si el nombre es MARIA PAULA, solo escriba en la casilla María. En caso de tener más de dos nombres como por ejemplo Natalia del Pilar, solo escriba NATALIA en la casilla de primer nombre.

Segundo Nombre: diligencie el segundo nombre del beneficiario(a), por ejemplo si el nombre es MARIA PAULA, solo escriba en la casilla PAULA. En caso de tener más de dos nombres como por ejemplo NATALIA DEL PILAR, escriba en esta casilla DELPILAR.

Primer Apellido: diligencie el primer apellido del beneficiario(a), por ejemplo si el apellido es CARDENAS FONSECA, solo escriba en la casilla CARDENAS.

Segundo Apellido: diligencie el segundo apellido del beneficiario(a), por ejemplo si el apellido es CARDENAS FONSECA, solo escriba en esta casilla FONSECA.

H. MUJER GESTANTE

¿Es su primer hijo?: (P1) Reporte en esta casilla si es el primer hijo nacido vivo de la madre gestante beneficiaria

¿Cuántos hijos nacidos vivos han tenido?: (P1) Reporte el número de hijos nacidos vivos de la madre gestante beneficiaria.

Actualmente consume: (P1) Reporte si la madre gestante afirma estar consumiendo alguna de las mencionadas sustancias, o si las consumió durante el inicio del embarazo.

H1. Número de semanas de gestación: (P1): Reporte el número de semanas de gestación cumplidas en el momento de diligenciamiento de esta instrumento.

H2. Número de controles prenatales realizados a la fecha (P1) (P3) (P9): Reporte el número de controles prenatales realizados en el momento de diligenciamiento de este instrumento y haga seguimiento constante en el caso que no haya el número necesario.

En caso de no haber asistido a los controles prenatales explique el motivo: Especificar cuál es el motivo para no asistir, con el objetivo de iniciar gestiones (por negación del servicio de salud, por la distancia entre el lugar de vivienda y el centro de salud más cercano etc.)

H3. Durante el periodo de gestación, usted ha recibido capacitación en (P1) (P3) (P9): Reportar cada tres meses las capacitaciones recibidas de acuerdo a la lista presente en la ficha, el seguimiento se realiza cada tres meses con el objetivo de lograr abordar todos los temas mencionadas, dichas capacitaciones no solo son brindadas por el sector salud.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 23 of 25

H4. Durante los controles prenatales, ¿Le han realizado los siguientes exámenes? **(P1) (P3) (P9)** Reportar según el ciclo de gestación en el que se encuentre la madre gestante que exámenes le han realizado, recuerde que es necesario hacer la gestión para que se cumpla el requisito.

H5. Durante el embarazo ¿le han aplicado las vacunas de toxoide tetánico y diftérico? **(P1)** Reporte si la madre ha recibido las vacunas mencionadas en este apartado.

H6. ¿Cuáles de los siguientes suplementos nutricionales le han recetado durante el embarazo? **(P1)** Marque según corresponda, una o más opciones.

H7. La gestante se encuentra participando del curso psicoprofiláctico **(P1)(P3)(P9)**. Marque según corresponda

H8. ¿Cuál es la razón por la que no ha asistido al curso psicoprofiláctico? **(P1) (P3) (P9)**. En caso que la respuesta a la pregunta anterior sea no especifique el motivo para iniciar las gestiones por parte de la UDS, con las autoridades competentes.

Control de peso y talla (P1) (P3) (P9): En los casos que aplique realice las correspondientes tomas de talla y peso y utilice de apoyo la información reportada en los controles prenatales.

H9. Estado civil de la madre gestante **(P1)**. Marque según corresponda, solo marque una opción

H10. ¿Cuál es la red de apoyo de la madre gestante? **(P1)** Reporte cuál es la red de apoyo económica y/o emocional de la madre gestante

H11. Si es una madre lactante, ¿dejo de trabajar por hacerse cargo del cuidado del niño o niña menor de 6 meses? **(P1)** Responda según el reporte de la madre lactante

H12. Si es una madre gestante, ¿dejo de trabajar por estado de embarazo? **(P1)** Responda según el reporte de la madre gestante

Persona que diligencia la ficha por parte de la Entidad Administradora de Servicios: (P1) Escriba el nombre completo de la persona de las EAS que diligencia la ficha, junto con su cargo en la Unidad de Servicio, no olvide firmar el formulario.

Nombre de la persona que responde la ficha: (P1) Escriba el nombre completo de la persona que responde la entrevista y su parentesco con el beneficiario(a).

Formato 1A Modulo complementario Niños y Niñas con discapacidad

(NO APLICA PARA LA MODALIDAD HCB)

F18. Le han diagnosticado al beneficiario discapacidad mental psicosocial: **(P3)** Estas preguntas deben ser contestadas por el equipo psicosocial y deben ser verificadas a través de documentos médicos que pueda proporcionar el cuidador principal. Marque la opción correcta según el diagnóstico médico.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 24 of 25

F19. Le han diagnosticado al beneficiario discapacidad mental cognitiva (P3) Estas preguntas deben ser contestadas por el equipo psicosocial y deben ser verificadas a través de documentos médicos que pueda proporcionar el cuidador principal. Marque la opción correcta según el diagnóstico médico.

F20. Le han diagnosticado al beneficiario discapacidad sensorial visual (P3) Estas preguntas deben ser contestadas por el equipo psicosocial y deben ser verificadas a través de documentos médicos que pueda proporcionar el cuidador principal. Marque la opción correcta según el diagnóstico médico.

F21. Le han diagnosticado al beneficiario discapacidad sensorial auditiva (P3) Estas preguntas deben ser contestadas por el equipo psicosocial y deben ser verificadas a través de documentos médicos que pueda proporcionar el cuidador principal. Marque la opción correcta según el diagnóstico médico.

F22. Le han diagnosticado al beneficiario discapacidad sensorial gusto olfato y tacto (P3) Estas preguntas deben ser contestadas por el equipo psicosocial y deben ser verificadas a través de documentos médicos que pueda proporcionar el cuidador principal. Marque la opción correcta según el diagnóstico médico.

F23. Le han diagnosticado al beneficiario discapacidad movilidad (P3) Estas preguntas deben ser contestadas por el equipo psicosocial y deben ser verificadas a través de documentos médicos que pueda proporcionar el cuidador principal. Marque la opción correcta según el diagnóstico médico.

F25. Le han diagnosticado al beneficiario discapacidad de voz y habla (P3) Estas preguntas deben ser contestadas por el equipo psicosocial y deben ser verificadas a través de documentos médicos que pueda proporcionar el cuidador principal. Marque la opción correcta según el diagnóstico médico.

F26. Le han diagnosticado al beneficiario discapacidad de piel pelo y uñas (P3) Estas preguntas deben ser contestadas por el equipo psicosocial y deben ser verificadas a través de documentos médicos que pueda proporcionar el cuidador principal. Marque la opción correcta según el diagnóstico médico.

F27. ¿Requiere ayuda de otra persona? (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales y familiar.

F28. Describa la ayuda: (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales y familiar.

F29. ¿Requiere ayuda técnica? (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales y familiar.

F30. Cuenta con la ayuda técnica: (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales y familiar.

F31. ¿Requiere terapia y/o rehabilitación? (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales y familiar.

F32. Recibe atención en terapia y/o rehabilitación (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales y familiar.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	IT1.MO12.PP	11/01/2017
	INSTRUCTIVO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR	Versión 1	Page 25 of 25

F33. Descripción de la terapia y/o rehabilitación (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales y familiar.

F34. Nombre entidad atención. (P3) En este apartado deben presentarse documentos donde se evidencia que entidad esta atendiendo al beneficiario(a)

F35. Entidad que certifica discapacidad Marcar una sola opción:

INML: Instituto Nacional de Medicina Legar

Junta de calificación de invalidez: junta del Ministerio de Salud y Protección

IPS: Institución Prestadora de servicios de salud

No certificado

F36. En caso de que el niño o niña beneficiario se encuentra recibiendo atención en rehabilitación, ¿con qué frecuencia la recibe? (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales y familiar.

F37. ¿Cuánto tiempo dura el desplazamiento hasta el sitio donde se recibe la atención en rehabilitación? (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales y familiar.

F38. ¿Quién es la persona encargada principalmente del cuidado del niño o niña con discapacidad? (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales y familiar.

F39. La persona encargada principalmente del cuidado del niño o niña con discapacidad, ¿Realiza algún otro tipo de actividad? (P3) Esta información debe ser verificada a través de visita domiciliaria por los profesionales de los equipos psicosociales, de las modalidades institucionales y familiar.