

	ATENCIÓN EN MEDIO DOMICILIARIO	Código	OP-PI-FT-15
		Versión	02
		Fecha de versión	18/12/2018
		Página 1 de 2	

Fecha: _____ Sede: _____ Municipio/Localidad: _____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

1.1. DATOS PERSONALES DEL NIÑO(A):

Nombre Completo:	Edad:	Nivel:
Dirección:	Teléfono:	Barrio:

1.2. DATOS PERSONALES DE QUIEN ATENDIÓ LA VISITA

No.	Nombre Completo	Documento de Identidad	Parentesco/ Relación
1			
2			

2. ASPECTO FAMILIAR:

Tipo de Familia	Nuclear		Extensa	
	Recompuesta		Monoparental	

2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA:

Escolaridad: (1) Primaria, (2) Bachillerato, (3) Técnico, (4) Tecnólogo, (5) Universitario, (6) Ninguno

Nombres Completo	Edad	Parentesco con el Niño(a)	Estado Civil	Escolaridad						Ocupación	Ingreso mensual
				1	2	3	4	5	6		

Descripción _____

3. ASPECTOS HABITACIONALES Y DE VIVIENDA Marque con una (X) la(s) opción(es) que corresponda(n)

Tipo de Vivienda	Casa	<input type="checkbox"/>	Apartamento	<input type="checkbox"/>	Otro	¿Cuál?
	Cuarto	<input type="checkbox"/>	Casa Lote	<input type="checkbox"/>		
Tenencia	Propia	<input type="checkbox"/>	Invasión	<input type="checkbox"/>	Otro	¿Cuál?
	Arriendo	<input type="checkbox"/>	Cedida	<input type="checkbox"/>		
Material de Construcción	Ladrillo	<input type="checkbox"/>	Cartón	<input type="checkbox"/>	Otro	¿Cuál?
	Lamina	<input type="checkbox"/>	Madera	<input type="checkbox"/>		

No. de Habitaciones	Estado de la Vivienda	Condiciones Higiénico – sanitarias	Iluminación y Ventilación			
No. Personas por Habitación	Bueno	Buenas	Adecuada		Inadecuada	
	Regular	Regulares	Medianamente Adecuada		No tiene	
No. de Grupos familiares que Habitan en la vivienda	Malo	Malas	Animales			¿Cuál?
			SI	NO		

Descripción _____

3.1. UBICACIÓN SEGURA Marque con una (X) La(s) opción(es) que corresponda(n)

¿Qué riesgos identifica en la zona donde está ubicada la vivienda?

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| 3.1.1 Inundaciones <input type="checkbox"/> | 3.1.4 Deslizamiento de tierra <input type="checkbox"/> | 3.1.7 Otro <input type="checkbox"/> |
| 3.1.2 Avalanchas <input type="checkbox"/> | 3.1.5 Basura o contaminantes <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? _____ |
| 3.1.3 Derrumbes <input type="checkbox"/> | 3.1.6 No sabe <input type="checkbox"/> | |

4. SALUD

ITEM	SI	NO	¿CUÁL?
¿El Niño/a está afiliado actualmente a un sistema de seguridad social?			
¿El niño/a presenta alguna enfermedad?			
¿El niño/a presenta alguna discapacidad física?			

5. ACCESO A SERVICIOS PUBLICOS

AGUA	EXCRETAS	BAÑO	LUZ	TELÉFONO	RECOLECCIÓN DE BASURAS
Acueducto	Letrina	Compartido	Legal	Fijo	Si
Pozo	Alcantarillado	Individual	Contrabando	Celular	No
Carro tanque	Taza sanitario			Comunitario	# veces/semana

6. OBSERVACIONES GENERALES

Nombre: _____
 Profesional
 CC

Nombre: _____
 Agente educativo/a
 CC

Nombre: _____
 Quien atendió la visita
 CC