



La salud es de todos

Minsalud

9 Ficha de identificación y caracterización

LOGO INSTITUCIÓN	ESPACIO PARA EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		VERSIÓN 2-2020	
	FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONA HABITANTE DE LA CALLE. CALLE. Primera Parte		Fecha de diligenciamiento	
			D	M
			A	A
Antes de diligenciar el cuestionario, debe preguntarle al encuestado si se considera habitante de calle, si durmió en la calle la noche anterior, y si realizó sus actividades de autocuidado en la calle. Si al menos una de estas preguntas fue afirmativa, diligencie el formulario.				
I. LOCALIZACIÓN				
1	Nombre del Departamento	2	Nombre del Municipio	3
			Localidad / Comuna	4
			Barrio	
II. IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO				
5	Tipo Identificación	CC	TI	RC
		CN	CE	SC
		PA	AS	MS
		PEP		
			6	Número de identificación
7	1er. Nombre	8	2do. Nombre	9
			1er. Apellido	10
			2do. Apellido	
11	Apodo o sobrenombre (si tiene)	12	Fecha de Nacimiento	13
			D D M M A A A A	
			Años cumplidos	
14	Sexo:	15	Con cuál género se identifica?	16
	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgenero <input type="checkbox"/> No informa	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Homosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> No informa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
17	Usted tiene una discapacidad permanente?			
18	De acuerdo a su cultura, pueblo o rasgo, usted se reconoce como:			
	<input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Rom Gitano	<input type="checkbox"/> Raizal <input type="checkbox"/> Palenquero	<input type="checkbox"/> Afrocolombiano <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	
	Nombre del Pueblo indígena		Nombre de la Vítsa Rom	
III. HÁBITOS DE VIDA				
19	En el último mes, usted permaneció en la calle:		23	
	(Seleccione una respuesta)		En la última semana, dónde realizó con mayor frecuencia las actividades de autocuidado como asearse y comer: (Seleccione una sola respuesta)	
	<input type="checkbox"/> Todo el día y la noche <input type="checkbox"/> Solamente durante el día <input type="checkbox"/> Solamente durante la noche		<input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> En el cambuche <input type="checkbox"/> En servicios sociales <input type="checkbox"/> En otros servicios	
20	En el último mes, cuánto durmió en la calle:		24	
	(Seleccione una sola respuesta)		De los siguientes factores, cuál cree que tiene mayor impacto en su vida: (Seleccione una sola respuesta)	
	<input type="checkbox"/> Una semana o menos <input type="checkbox"/> Más de una semana en el mes <input type="checkbox"/> Todo el mes		<input type="checkbox"/> Falta de trabajo <input type="checkbox"/> Falta de lugar donde vivir <input type="checkbox"/> Falta de tratamiento para la salud <input type="checkbox"/> Otro, cuál	
21	Hace cuanto tiempo que vive y duerme en la calle:		25	
	(Seleccione una sola respuesta)		Cuál es la principal razón por la que decidió vivir en la calle?	
	<input type="checkbox"/> Menos de 15 días <input type="checkbox"/> Entre 15 días y 3 meses <input type="checkbox"/> Entre 3 meses y hasta 1 año <input type="checkbox"/> Más de 1 año		<input type="checkbox"/> Conflictos con familiares o personas con las que vivía <input type="checkbox"/> Recursos económicos insuficientes para garantizar una vivienda <input type="checkbox"/> Estigma y discriminación <input type="checkbox"/> Consumo de SPA <input type="checkbox"/> Otro, cuál	
22	En el último mes, cuál fue el espacio en que durmió con mayor frecuencia: (Seleccione una sola respuesta)		26	
	<input type="checkbox"/> Espacio público (A cerra, parque, playa, etc.) <input type="checkbox"/> Hotel/residencia/pago por día <input type="checkbox"/> Servicios sociales públicos <input type="checkbox"/> Servicios sociales privados <input type="checkbox"/> Vivienda de un familiar o conocido		Cuál es su principal motivo para continuar viviendo en la calle: <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol, y/o SPA <input type="checkbox"/> Influencia de amigos <input type="checkbox"/> Problemas con la justicia <input type="checkbox"/> Búsqueda de anonimato <input type="checkbox"/> Porque no quería seguir normas o patrones <input type="checkbox"/> Otro, cuál	



La salud es de todos

Minsalud

LOGO INSTITUCIÓN	ESPACIO PARA EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN		VERSIÓN 2-2020																																																																									
	FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONA HABITANTE DE CALLE.		Fecha de diligenciamiento																																																																									
Segunda Parte			D	M	A	A																																																																						
27. Con quiénes mantiene contacto? (Puede seleccionar varias respuestas)			30. Su principal fuente de ingreso es: (seleccione una respuesta)																																																																									
<input type="checkbox"/> Con sus padres <input type="checkbox"/> Sus hijos y/o hijastros <input type="checkbox"/> Sus hermanos/ hermanastros <input type="checkbox"/> Otros familiares <input type="checkbox"/> Su pareja (conyugue) <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otras personas <input type="checkbox"/> Con ninguno de los anteriores			<input type="checkbox"/> Ventas informales <input type="checkbox"/> Reciclaje <input type="checkbox"/> Oficios varios (limpia vidrios o farolas carros, etc) <input type="checkbox"/> Mendicidad (retaque) <input type="checkbox"/> Comercio sexual <input type="checkbox"/> Venta, distribución de SPA <input type="checkbox"/> Hurto (raponazo, coquilleo, atraco) <input type="checkbox"/> Otro, cuál																																																																									
28. Cada cuanto tiene contacto con ellos? (seleccione una respuesta)			31. De las siguientes actividades seleccione las dos a las que dedica mayor cantidad de tiempo:																																																																									
<input type="checkbox"/> Al menos una vez al mes <input type="checkbox"/> Al menos una vez cada seis meses <input type="checkbox"/> Al menos una vez al año			<input type="checkbox"/> Generar ingresos <input type="checkbox"/> Asistir a servicios sociales <input type="checkbox"/> Consumir SPA <input type="checkbox"/> Actividades para el autocuidado (alimentarse, descansar) <input type="checkbox"/> Deporte y/o actividades recreativas																																																																									
29. En el último mes, el lugar donde usted duerme o vive, lo compartió con: (Puede seleccionar varias respuestas)			32. En el último mes, cuando tuvo las siguientes necesidades acudió con mayor frecuencia a: (seleccione una respuesta)																																																																									
<input type="checkbox"/> Sus padres <input type="checkbox"/> Sus hijos y/o hijastros <input type="checkbox"/> Sus hermanos/ hermanastros <input type="checkbox"/> Otros familiares <input type="checkbox"/> Su pareja (conyugue) <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otras personas <input type="checkbox"/> Nadie			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Necesidades</th> <th>Vecinos, conocidos o familiares</th> <th>Servicios sociales privados</th> <th>Servicios sociales públicos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Alimentos</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Recreación</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dinero</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Dormitorio</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Asearse</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Salud</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Necesidades	Vecinos, conocidos o familiares	Servicios sociales privados	Servicios sociales públicos	Alimentos				Recreación				Dinero				Dormitorio				Asearse				Salud																																														
Necesidades	Vecinos, conocidos o familiares	Servicios sociales privados	Servicios sociales públicos																																																																									
Alimentos																																																																												
Recreación																																																																												
Dinero																																																																												
Dormitorio																																																																												
Asearse																																																																												
Salud																																																																												
IV. CONDICIONES DE SALUD																																																																												
33. En el último mes, tuvo un problema grave de salud relacionado con:			35. Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud?																																																																									
<input type="checkbox"/> Sistema digestivo (diarrea, vómito) <input type="checkbox"/> Sistema respiratorio (tos, dificultad respiratoria) <input type="checkbox"/> Afecciones de piel (caranchos, ladillas, piojos) <input type="checkbox"/> Afecciones de los ojos (ardor y ojos rojos) <input type="checkbox"/> Afecciones vías urinarias (ardor para orinar) <input type="checkbox"/> Infecciones de Transmisión sexual <input type="checkbox"/> Depresión u otra enfermedad mental <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Heridas con arma cortopunzante <input type="checkbox"/> Heridas causadas por vehículo automotor <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Condición de salud</th> <th colspan="2">Está en tratamiento?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Dificultad psiquiátrica, mental</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Epilepsia</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Cáncer</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Úlceras varicosas</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Tuberculosis ó TB</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>VH o SIDA</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Hepatitis</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>ITS (sífilis, gonorrea)</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> </tbody> </table>				Condición de salud	Está en tratamiento?		Dificultad psiquiátrica, mental	SI	NO	Diabetes	SI	NO	Epilepsia	SI	NO	Cáncer	SI	NO	Úlceras varicosas	SI	NO	Tuberculosis ó TB	SI	NO	VH o SIDA	SI	NO	Hepatitis	SI	NO	ITS (sífilis, gonorrea)	SI	NO																																								
Condición de salud	Está en tratamiento?																																																																											
Dificultad psiquiátrica, mental	SI	NO																																																																										
Diabetes	SI	NO																																																																										
Epilepsia	SI	NO																																																																										
Cáncer	SI	NO																																																																										
Úlceras varicosas	SI	NO																																																																										
Tuberculosis ó TB	SI	NO																																																																										
VH o SIDA	SI	NO																																																																										
Hepatitis	SI	NO																																																																										
ITS (sífilis, gonorrea)	SI	NO																																																																										
34. Qué hizo cuando se presentó este problema de salud? (Seleccione una sola respuesta)			36. Consume actualmente SPA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																									
<input type="checkbox"/> Se cuidó solo <input type="checkbox"/> Pidió ayuda a un familiar o amigo <input type="checkbox"/> Fue a una farmacia <input type="checkbox"/> Fue a hospital o centro de salud <input type="checkbox"/> Fue a un Hogar de paso <input type="checkbox"/> Fue donde un taita o chaman			37. Qué tipo de tratamiento ha recibido para el consumo de SPA																																																																									
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Consulta externa <input type="checkbox"/> Residencial-cerrado-internado <input type="checkbox"/> Ambulatorio-abierto <input type="checkbox"/> Hospital día <input type="checkbox"/> Hospital noche																																																																												
38. Cuáles son las DOS principales sustancias que consume actualmente, y cuál es la vía de administración:																																																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre de la sustancia</th> <th>Oral</th> <th>Fumada</th> <th>Inhalada</th> <th>Esnefada</th> <th>Inyectada</th> <th>Otra Cúal?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Tabaco</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Alcohol (chorro)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Cannabis: marihuana, hashish</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Cocaína (perico, ralla, coca)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Basuco (o susto)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Inhalables, solventes y gases (bóxer, sacco)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Heroína "h"</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otra, cuál</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>No consume SPA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							Nombre de la sustancia	Oral	Fumada	Inhalada	Esnefada	Inyectada	Otra Cúal?	Tabaco							Alcohol (chorro)							Cannabis: marihuana, hashish							Cocaína (perico, ralla, coca)							Basuco (o susto)							Inhalables, solventes y gases (bóxer, sacco)							Heroína "h"							Otra, cuál							No consume SPA						
Nombre de la sustancia	Oral	Fumada	Inhalada	Esnefada	Inyectada	Otra Cúal?																																																																						
Tabaco																																																																												
Alcohol (chorro)																																																																												
Cannabis: marihuana, hashish																																																																												
Cocaína (perico, ralla, coca)																																																																												
Basuco (o susto)																																																																												
Inhalables, solventes y gases (bóxer, sacco)																																																																												
Heroína "h"																																																																												
Otra, cuál																																																																												
No consume SPA																																																																												
39. Ha tenido sobredosis por consumo de drogas en el último año? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																												
40. Recibió tratamiento por la sobredosis? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																												



LOGO INSTITUCIÓN	ESPCIO PARA EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	VERSIÓN 2-2020
	FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONA HABITANTE DE CALLE. Tercera Parte	Fecha de diligenciamiento
		D D M M A A A A

V. OTROS ASPECTOS RELEVANTES

<p>41 Lugar de la entrevista (Seleccione una sola respuesta)</p> <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Albergue temporal	<p>45 En el último mes, usted recibió algún tipo de apoyo de: (puede seleccionar varias respuestas)</p> <input type="checkbox"/> Algún familiar <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Instituciones oficiales (Alcaldía, Gobernación, Secretarías) <input type="checkbox"/> Instituciones u organizaciones privadas (comunitarias, ONG, Organizaciones religiosas <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Sin red de apoyo																											
<p>42 Municipio en el que vivió antes de éste</p> <input type="checkbox"/> Siempre ha vivido en este <input type="checkbox"/> No se acuerda <input type="checkbox"/> Nombre del municipio	<p>46 Sabe si hay programas de la Alcaldía que lo atiendan</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																											
<p>43 ¿Sabe leer y escribir?</p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<p>47 Tiene usted alguna dificultad para realizar las siguientes actividades (puede seleccionar varias respuestas)</p> <table border="1"> <tr><td>Oír la voz o los sonidos</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Hablar o conversar</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Ver de cerca, de lejos o alrededor</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Mover el cuerpo, caminar</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Agarrar o mover objetos con las manos</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Comer, vestirse o bañarse por si mismo(a)</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Relacionarse o interactuar con las demás personas</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> <tr><td>Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos, respiratorios</td><td>SI</td><td>NO</td></tr> </table>	Oír la voz o los sonidos	SI	NO	Hablar o conversar	SI	NO	Ver de cerca, de lejos o alrededor	SI	NO	Mover el cuerpo, caminar	SI	NO	Agarrar o mover objetos con las manos	SI	NO	Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo	SI	NO	Comer, vestirse o bañarse por si mismo(a)	SI	NO	Relacionarse o interactuar con las demás personas	SI	NO	Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos, respiratorios	SI	NO
Oír la voz o los sonidos	SI	NO																										
Hablar o conversar	SI	NO																										
Ver de cerca, de lejos o alrededor	SI	NO																										
Mover el cuerpo, caminar	SI	NO																										
Agarrar o mover objetos con las manos	SI	NO																										
Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por si mismo	SI	NO																										
Comer, vestirse o bañarse por si mismo(a)	SI	NO																										
Relacionarse o interactuar con las demás personas	SI	NO																										
Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos, respiratorios	SI	NO																										
<p>44 El último nivel educativo que estudió fue: (Seleccione una sola respuesta)</p> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Básica primaria completa <input type="checkbox"/> Básica primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Básica secundaria completa <input type="checkbox"/> Basica secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Media académica / Media técnica completa <input type="checkbox"/> Media académica / Media técnica incompleta <input type="checkbox"/> Normalista <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Sin información	<p>48 Ha sido víctima de una de las siguientes situaciones (puede seleccionar varias respuestas)</p> <input type="checkbox"/> Golpes <input type="checkbox"/> Disparos <input type="checkbox"/> Arma blanca <input type="checkbox"/> Amenazas <input type="checkbox"/> Insultos <input type="checkbox"/> No ha sido víctima de situación de violencia																											

NOMBRE DE QUIEN REALIZA LA ENCUESTA

INSTITUCIÓN QUE REALIZA LA ENCUESTA