CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

AFILIACION Y REGISTRO
IDENTIFICACION DE ESTADO DE SALUD AL INGRESO
FICHA FAMILIAR

FECHA	FICHA No.	CÓDIGO DEL MUNICIPIO	CÓDIGO DEL DEPARTAMENTO	AGENTE EDUCATIVO

DIRECCIÓN COMPLETA	JEFE DE FAMILIA

COMPOSICIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR

No.	APELLIDOS Y NOMBRES	No. CARNET	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M-F	DOCUMENTO IDENTIDAD	PARENTESCO	ESCOLARIDAD	CODIGO ACTIVIDAD PRINCIPAL	IMGRESO MENSUAL
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									

PARENTESCO: 1. CABEZA DE FAMILIA; 2. CÓNYUGE O COMPAÑERA PERMANENTE; 3. HIJO; 4. OTRO FAMILIAR
ESCOLARIDAD: PE. PRE ESCOLAR; P. PRIMARIA; B. BACHILLERATO; A. AUXILIAR; T. TÉCNICO; TG. TECNOLÓGICO; U. UNIVERSITARIO; N. NIVELACIÓN.

ESTADO DE NUTRICIONAL Y DESARROLLO MOTOR EN NIÑOS MENORES DE DOCE AÑOS

ASPECTOS	PARAMETROS		ESCRIBA EL NUMERO DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA
INSCRITO EN PROGRAMA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	CONTROL	SI	
		NO	
ESTADO NUTRICIONAL	NORMAL		
	OBESIDAD		
	DESNUTRICIÓN		
	NO SABE NO INFORMA		
DESARROLLO PSICO MOTOR	NORMAL		
	ALTERACIONES MOTORAS		
	TRANSTORNOS MENTALES, PSICOLÓGICOS O DE APRENDIZAJE		
	NO SABEN NO INFORMA		
LACTANCIA MATERNA	MENOR DE 18 MESES ALIMENTADO CON SENO MATERNO		
	MENOR DE 18 MESES NO ALIMENTADO CON SENO MATERNO		

MUJERES EN EDAD FERTIL DE (10 A 49 AÑOS)

ASPECTOS	PARAMETROS				ESCRIBA EL NUMERO DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA
EMBARAZO	CONTROL	SI	NO		
	DE ALTO RIEGO	SI	NO	NO SABE	
ABORTO		SI	NO		
PARTO	SIN COMPLICACIONES	COMPLICADO			
LACTANCIA		SI	NO		
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	METODO	ANTICONCEPTIVO ORAL			
		ANTICONCEPTIVO I.M.			
		DISPOSITIVO INTRAUTERINO			
		LIGADURA DE TROMPAS			
		CONDON			
		RITMO			
		OTRO CUAL?	NINGUNO		

VACUNACION

MIEMBRO No.	BCG	POLIO				DPT			HEPATITIS B			HEMOPKILUS B			SARAMPION		TRIPLE VIRAL		TOXOIDE TETANICO M.E.F				
		RC	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	1	2	1	2	3	4	5

SALUD ORAL (TODAS LAS EDADES)

ASPECTO		No. VECES (ESCRIBA EL No DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA)											
HA VISITADO AL ODONTOLOGO EN EL ULTIMO AÑO?	SI												
	NO												
SE CEPILLA LOS DIENTES?	SI												
	NO												
USA PROTESIS DENTAL?	SI												
	NO												

ENFERMEDADES CRONICAS

ASPECTO	PARAMETROS		ESCRIBA EL No DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA
HIPERTENSION ARTERIAL	ASISTE A CONTROLES PERIODICAMENTE	SI	
		NO	
	HA REQUERIDO HOSPITALIZACION	SI	
		NO	
DIABETIS MELLITUS	ASISTE A CONTROLES PERIODICAMENTE	SI	
		NO	
	HA REQUERIDO HOSPITALIZACION	SI	
		NO	
EPILEPSIA CONVULSIONES	ASISTE A CONTROLES PERIODICAMENTE	SI	
		NO	
	HA REQUERIDO HOSPITALIZACION	SI	
		No	
OTRA CUAL?			

ENFERMEDADES CRONICAS

ASPECTO	PARAMETROS	ESCRIBA EL No DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA
INVALIDEZ POR PARALISIS	SI	
	NO	
ARTRITIS Y/O ENFERMEDADES OSTEARTICULAES	SI	
	NO	
ASMA, ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	SI	
	NO	
HERNIAS (INGUINAL O UMBILICAL)	SI	
	NO	
GASTRITIS O ULCERAS	SI	
	NO	
POSEE TRATAMIENTOS ANTERIORES, ACTUALES O PENDIENTES	SI	
	No	
OTRA CUAL?		

CANCER DE SENO Y DE CERVIZ MUJERES Y CANCER DE PROSTATA EN VARONES

ASPECTO	PARAMETROS		ESCRIBA EL No DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA
CANCER DE CERVIX	RESULTADO CITOLOGIA	SI	
		NO	
	CITOLOGIA EN EL ULTIMO AÑO	POSITIVO	
		NEGATIVO	
		NO SABE	
CANCER DE SENO	AUOTEXAMEN REGULAR DE SENOS	SI	
		NO	
	DIAGNOSTICO DE CANCER DE SENO		
CANCER DE PROSTATA	SIGNOS Y SINTOMAS DE PROTATISMO		
	EXAMEN DE PROSTATA REALIZADO POR MEDICOS EN EL ULTIMO AÑO		
	DIAGNOSTICO DE CANCER DE PROSTATA		
OTRA CUAL?			

ADICIONES

SUSTANCIA	ESCRIBA EL No DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA
ALCOHOL	
CIGARRILLO O TABACO	
OTRA DIGA CUAL O CUALES	

FIRMA Y C.C. CABEZA FAMILIA	FIRMA Y C.C. DEL FUNCIONARIO E.P.S.

ESTADO SANITARIO DE LA VIVIENDA

ELIMINACION DE EXCRETAS	AGUA POTABLE	BASURAS	ROEDORES	INSECTOS

NOTA: Con mi firma dejo Constancia de la veracidad de la información de salud suministrada a la E.P.S'S

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario: 8000-670 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 01 8000-911 033