Estado de Vacunación (*)

NO. DE ORDEN	BCG	HEPATITIS B DOSIS			PENTAVALENTE DOSIS			POLIO DOSIS				D.P.T. DOSIS				SRP DOSIS			SARAMPIÓN DOSIS			TOXOIDE TETÁNICO DT DOSIS			HEMOPHILUS (HIB) DOSIS			OTRAS VACUNAS DOSIS	
	Dosis Única	1era.	2da.	3era.	1era.	2da.	3era.	1era.	2da.	3era.	R	1era.	2da.	3era.	R	1era.	2da.	3era.	1era.	2da.	3era.	1era.	2da.	3era.	1era.	2da.	3era.	1era.	2da.
1																													
2																													
3																													
4																													
5																													
6																													
7																													
8																													
9																													
10																													
11																													
12																													
13																													

(*) Estado de Vacunación: Anotar la fecha de Dosis de Vacuna Aplicada o Refuerzo, según corresponda.

Visitas Domiciliarias

Fecha	Motivo de la Visita	Principales Problemas Familiares	Principales Acciones y Recomendaciones	Fecha Próxima Visita	Persona que hace la Visita

Motivo de la Visita: Indicar el motivo, Ejs. Control/Seguimiento, Visitas Programadas, Atención.
Problemas Familiares: Anotar aquellos factores o situaciones relacionadas a enfermedades, riesgos y otras condiciones que afectan la estabilidad familiar en su conjunto.
Acciones y Recomendaciones: Anotar las Tareas/Acciones y Recomendaciones realizadas:
Vac= Vacunación; **PT=** Peso y Talla; **PA=** Presión Arterial; **CE=** Captación Embarazada;
CRN= Captación Recién Nacidos; **IE=** Intervención Educativa o Asesoría;
Acciones de Saneamiento; **Ref=** Referencia o Recomendaciones hechas; **E=** Educación;
C= Consejería. **Anotar nombre del miembro de UNAP:** Médico(a), Auxiliar de Enfermería, Supervisor(a), Promotor(a), que hace la visita en esta fecha.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

Banco Mundial

- **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA (MSP)**
- PROYECTO DE APOYO A LA REFORMA DEL SECTOR SALUD (PARSS2), BANCO MUNDIAL

E-mail: servsg@ingenieriaglobal.com
Impresores Globales, TEL.: 809-540-0016

Observaciones:

Medicamentos de Uso Frecuente:

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

República Dominicana

GPS-X

GPS-Y

No. Ficha Familiar

No. Vivienda en Croquis

	Nombre del Jefe(a) de Familia:	Apodo:	Teléfonos:	Programa Social:
UBICACIÓN	Calle:	No. de casa:	Barrio:	Sub Barrio:
	Provincia:	Municipio:	Sección:	Paraje:
	SRS:	Área de Salud:	Zona de Salud:	Establecimiento Cod. / UNAP Cod.
	Persona que llena la Ficha: ☐ Promotor/a ☐ Supervisor/a de APS ☐ Personal de Enfermería ☐ Médico/a ☐ Otro especifique			Fecha:

Característica de la Vivienda

Fecha	Tenencia de la Vivienda (1)	Paredes de la Vivienda (2)	Techo de la Vivienda (3)	Piso de la Vivienda (4)	Servicios Sanitarios (5)	Agua Instalación (6)	Abastecimiento de Agua (7)	Eliminación de Basura (8)	Servicio de Electricidad (9)	Número de Dormitorios (10)	Combustible de Cocina (11)	Animales Domésticos (12)	Vectores (Criaderos) (13)	Puntuación (14)	Cualificación: (15)

Fecha: Anotar la fecha de la Visita Planificada.

(1)
[05] Propia
[03] Alquilada
[02] Cedida/Prestada

(2)
[10] Cemento, Block, Ladrillo
[09] Madera
[05] Asbesto Cemento / Tabla de Palma
[04] Zinc
[00] Tejamamí, Cartón, Desechos, Yagua

(3)
[10] Concreto
[09] Asbesto Cemento
[00] Zinc, Cana, Yagua/Cartón/Desechos

(4)
[10] Mosaico, Granito, Mármol, Cemento o Ladrillo
[09] Madera
[00] Tierra

(5)
[10] Inodoro Exclusivo
[09] Letrina Exclusiva
[06] Inodoro Colectivo
[04] Letrina Colectiva
[00] En Patio/Monte, No tiene

(6)
[09] Dentro de la Vivienda y Llega
[08] Fuera de la Vivienda y Llega
[00] Fuera de la Vivienda y No Llega
[00] No Tiene Servicio de Agua

(7)
[09] Acueducto y Cisterna
[08] Manantial
[04] Río/Arroyo
[03] Pozo / Camión
[02] Lluvia / Tanque / Algibe
[00] No Tiene

(8)
[08] Recoge Ayuntamiento/Otra Institución
[07] La Entierra
[06] Quemada
[00] Tirada en Patio o en Cañada

(9)
[05] Tiene Energía CDE, Inversor, Planta
[00] No Tiene

(10)
[09] Cuatro o Más
[08] Tres
[05] Dos
[00] Uno

(11)
[05] Gas Propano, Electricidad
[04] Carbón
[02] Leña

(12)
[05] NO
[00] Si, Especifique:
Perro, Gato, Cerdo, Otros

(13)
[05] NO
[00] Si, Especifique:
Mosquitos, Ratones, Moscas, Cucarachas, Otros

(14)
Puntuación Obtenida

(15)
Cualificación:
Buena: Más de 75 puntos
Regular: Entre 50 y 74 puntos
Mala: Menos de 50 puntos

Características de las Personas

NO. DE ORDEN	NOMBRE Y APELLIDOS	CÉDULA	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	EDAD Y SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			TIENE ACTA		DATOS ACTA DE NACIMIENTO					
					MASC.	FEM.	DÍA	MES	AÑO	SI	NO	MUNICIPIO DISTRITO	NÚMERO OFICIALÍA	NÚMERO DE LIBRO	NÚMERO DE FOLIO	NÚMERO DE ACTA	AÑO LIBRO
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

Estado Civil: C= Casado(a); **UL**= Unión Libre; **S**= Soltero(a); **V**= Viudo; **D**= Divorciado(a); **M**= Menor de Edad.
Escolaridad (Último curso): 0= No sabe leer ni escribir; **1**= Primaria Incompleta; **2**= Primaria Completa; **3**= Intermedia/Básica; **4**= Bachillerato; **5**= Técnico; **6**= Universitario; **7**= Profesional.
Trabaja: F= Fijo; **T**= Temporal.

Características de las Personas

ESCOLARIDAD	ASISTE		TRABAJA				DÓNDE TRABAJA (Nombre de la Empresa o Negocio)	AFILIADO SDSS			NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	FACTORES DE RIESGOS ENFERMEDADES DISCAPACIDAD	FECHA DE INGRESO		FECHA DE EGRESO	
			SI			NO		SI		NO						
	SI	NO	F	T				ARS	REGIMEN				NACIÓ	LLEGÓ	SALIÓ	MURIÓ

Factores de Riesgo / Enfermedades / Discapacidades: Anotar en la casilla correspondiente si algún miembro de la familia se asocia a algún Factor de Riesgo; presenta alguna enfermedad diagnosticada o alguna alteración temporal o definitiva de su actividad motora, funcional, sensorial o psíquica (discapacidad o secuela).

Listado de Riesgos

Enfermedades / Discapacidades

Grupo I: Supuestamente Sano

Grupo II: Factores de Riesgo

- Embarazo en adolescentes (Menor de 18 años)
- Embarazo en madres mayores de 35 años
- Puerperio
- Cesárea anterior
- Parto difícil (distócico)
- Aborto a repetición
- Multiparidad
- Apgar bajo al minuto (menor de 6)
- Trauma Obstétrico
- Bajo peso al nacer
- Peso estacionario en niños menores de 5 años
- Niños en situaciones de riesgo
- Lactancia artificial. No-lactancia materna
- Contacto con portadores de enfermedades transmisibles
- Antecedentes de enfermedade respiratorias
- Antecedentes de Sepsis
- Hijo de madre portadora de Hepatitis B o VIH positivo
- Enfermedad diarréica a repetición
- IRA a repetición
- Retraso del desarrollo psicomotor
- Mordedura de animales
- Bajo nivel de escolaridad
- Deserción y retraso escolar
- Alcoholismos y otras adicciones
- Hábito de fumar
- Antecedentes alérgicos
- Conductas inadecuadas
- Riesgos en el trabajo
- Antecedentes del intento de suicidio
- Hijo de madre adolescente o de embarazo oculto o rechazado
- Padres ausentes por mucho tiempo
- Violencia intrafamiliar
- Madres solteras
- Otros

Grupo III: Enfermedades:

- Desnutrición Infantil
- Desnutrición Materna
- Hipertensión Arterial
- Enfermendad Cerebrováscular
- Diabetes
- Diarrea Crónica
- Tuberculosis
- Meningitis
- Malaria (Paludismo)
- Sarampión
- Hepatitis
- Epilepsia
- Asma Bronquial
- ITS/SIDA
- Neumonía
- Neoplasias (Cáncer)
- Otras Enfermedades Crónicas
- Multimedicado/a
- Obesidad
- Lepra
- Toxemia de Embarazo
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica
- Anemias de Células Falciformes
- Reumatismo
- Depresiones
- Esquizofrenia
- Otras

Grupo IV: Discapacitados

- Discapacidad (secuelas) por accidentes
- Discapacidad (secuelas) por enfermedades
- Discapacidad (secuelas) congénitas