

**Consejo Local de Salud de Fram - Centro de Salud de Fram
Apoyo Técnico CIRD/USAID**

4º Censo Socio Sanitario 2007

Riesgo

Cuestionario N°:

Datos de las Personas

Nombre:

Apellido:

F.N :...../...../..... Edad: Sexo: 6- M 1- F

Tiene partida de Nacimiento:	Tiene cedula:	Cuál es su Nro. De Cedula?
1- Si, 6- No 2- No Sabe	1- Si, 6- No 2- No Sabe	<input type="text"/>

Asiste actualmente a una institución educativa? **Cuánto es su ingreso mensual:**

1- Si; 6- No

Cuál es su nivel y el grado mas alto que ha aprobado?

Ninguno: 0; Preescolar: 1; Educ. Básica Adultos: 2 Educ. Especial: 3; Primario: 4; Secundario: 5; Superior no Universitario: 6; Universitario: 7

Tiene Algún Seguro?:

IPS: 1, Hospital: 2, Privado: 3, Ninguno: 4

Alimentación diaria

Desayuno: 1, Almuerzo: 2, Cena: 3, Media mañana: 4, Merienda: 5, Todos: 6

Desearía el Seguro?

1- Si; 6- No

Sabe leer y escribir

Si: 1 No: 6

Lectura de una Frase: "La Verdad nos une y la mentira nos separa" Lee:	<input type="text"/>	Comprende	<input type="text"/>
	1- Si, 6- No		1- Si, 6- No

Evaluación Médica

Adulto y joven (16 y más años)

Peso: Talla: Presión: Cintura: Obesidad:

P.O, OI, OII, OIII,

Riesgo Cardiovascular Glicemia (Azúcar): IMC: Método de Planificación Familiar

1- Si; 6- No

Vacunas: DT Antiamarílica SR

1-Si, 6- No, 2- No Sabe 1-Si, 6- No, 2- No Sabe

PAP: Ultima Fecha / / Tiene alguna deficiencia física o mental: Cual?

2- No Sabe dd/ mm/ aaaa 1-Si, 6- No, 2- No Sabe

Problemas odontológicos: Fuma: Bebe:

1-Si, 6- No, 2- No Sabe 1-Si, 6- No 1-Si, 6- No

Niños/as (menores de 16 años)

Peso	<input type="text"/>	Talla	<input type="text"/>	Anemia	<input type="text"/>	Nutrición:	<input type="text"/>
				1- Si, 6- No		1-Buena; 2 Mala	

Vacunas en menores de 5 años ó menos

Tiene Tarjeta de Vacunación?

1- Si, 6- No

BCG

1- 1ª Dosis
2- Refuerzo

SABIN

1- 1ª Dosis
2- 2ª Dosis
3- 3ª Dosis
4-1º Refuerzo (18 meses)
5- 2º Refuerzo (4 años)

DP-PENTA-TRIPLE

1- 1ª Dosis
2- 2ª Dosis
3- 3ª Dosis
4-1º Refuerzo
5- 2º Refuerzo

Donde nació?:

1-Centro de Salud; 2- Servicio Privado
3- Otro servicio público 4- Domiciliario

Si la respuesta es 2: Por que?

Si la respuesta es 4: Por qué

a) Elección propia,
b) Fue remitido por el Centro de Salud
c) Otro motivo. Citar