



**PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIO FAMILIAR**

F7.MO30.PP

29/08/2024

Versión 1

Página 2 de 2

INFORMACIÓN INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR

BENEFICIARIO (se repite por cada integrante de la familia)

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Parentesco con respecto al Jefe de Grupo Familiar			
<input type="radio"/> Conyuge/Compañero(a)		<input type="radio"/> Hijo(a)	
<input type="radio"/> Padre/Madre		<input type="radio"/> Hermano(a)	
<input type="radio"/> Padastro/Madrastra		<input type="radio"/> Nieto(a)	
<input type="radio"/> Hijastro(a)		<input type="radio"/> Abuelo(a)	
<input type="radio"/> Tío(a)		<input type="radio"/> Sobrino(a)	
<input type="radio"/> Yerno/Nuera		<input type="radio"/> Primo(a)	
<input type="radio"/> Cuñado(a)		<input type="radio"/> Suegro(a)	
<input type="radio"/> Padrino/Madrina		<input type="radio"/> Pariente	
<input type="radio"/> Amigo(a)			
Tipo Documento		Número de Identificación	
RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> PEP <input type="radio"/> PPT <input type="radio"/>			
PA <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> TMF <input type="radio"/> SD <input type="radio"/> Partida /Acta Nac <input type="radio"/>		Correo electrónico	
Número de Celular		Sexo <input type="radio"/> H <input type="radio"/> M <input type="radio"/> Intersex	
		Fecha de Nacimiento	
		D D M M A A A A	
¿Desea responder preguntas sobre su género y orientación sexual? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa realice las siguientes dos preguntas, si no omitalas por favor			
Género		Orientación sexual (con edad de 14 o más años)	
<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Trans <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No deseo responder		<input type="radio"/> Homosexual (Lesbiana - Gay) <input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No deseo responder	
País de nacimiento		Departamento de nacimiento	
		Municipio de nacimiento	
Autoreconocimiento Grupo Étnico del Beneficiario		¿Se autoreconoce como campesino (a)?	
<input type="radio"/> Afrocolombiano		<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
<input type="radio"/> Comunidad Negra			
<input type="radio"/> Palenquero			
<input type="radio"/> Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia			
<input type="radio"/> Indígena			
<input type="radio"/> Rrom/Gitano			
<input type="radio"/> No se Autoreconoce en ninguno de los anteriores			
Si el beneficiario se autoreconoce como afrocolombiano, comunidad negra, palenquero o raizal indique:		Territorio.	
		Comunidad.	
Si el Beneficiario se autoreconoce con Indígena Indique:		Pueblo.	
		Resguardo.	
		Reside en la misma zona de origen del pueblo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
Si el Beneficiario se Autoreconoce como Rrom/Gitano indique la Kumpania a la que pertenece.		Tipo de beneficiario	
		<input type="radio"/> Persona lactante	
		<input type="radio"/> Persona Gestante	
		<input type="radio"/> Niños, niñas y adolescentes y adulto	
Nivel de escolaridad		Ocupación	
		Actualmente asiste a establecimiento educativo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
En el sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es:		Si es Afiliado indique la EPS.	
<input type="radio"/> Afiliado Régimen Subsidiado. <input type="radio"/> Afiliado Régimen Contributivo. <input type="radio"/> Afiliado Régimen Especial. <input type="radio"/> No Afiliado(a).		Si es afiliado indique tipo de afiliación.	
		<input type="radio"/> Cotizante o Afiliado cabeza de Familia del Régimen subsidiado <input type="radio"/> Beneficiario	
¿El beneficiario presenta discapacidad? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO			
Si el beneficiario no presenta discapacidad, no se deben diligenciar las siguientes preguntas			
¿La discapacidad está certificada?		Entidad que certifica la discapacidad	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> EPS <input type="radio"/> IPS Resolución 1239 - 2022 <input type="radio"/> No Def. <input type="radio"/> Administradoras del régimen especial de Excep <input type="radio"/> Instituto Nacional de Medicina Legal INMLCF	
		¿Está inscrito en el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
		<input type="radio"/> El beneficiario requiere la ayuda de otra persona. <input type="radio"/> El beneficiario requiere ayuda técnica/Producto de apoyo. <input type="radio"/> El beneficiario cuenta con la ayuda técnica/Producto de apoyo. <input type="radio"/> El beneficiario requiere terapia y/o rehabilitación. <input type="radio"/> El beneficiario recibe atención en terapia y/o rehabilitación.	
¿Tiene proceso de Interdicción?		¿La persona tiene una condición de discapacidad?	
Frecuencia Intensidad del apoyo		Tipo de apoyo	
<input type="radio"/> Intermittente. <input type="radio"/> Limitado. <input type="radio"/> Extenso. <input type="radio"/> Generalizado.		<input type="radio"/> De la misma PcD. <input type="radio"/> De otras personas. <input type="radio"/> Sistemas de comunicación <input type="radio"/> Aumentativos o Alternativos SAAC	
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO		<input type="radio"/> Auditiva. <input type="radio"/> Física. <input type="radio"/> Sordoceguera. <input type="radio"/> Psicosocial (Mental). <input type="radio"/> Múltiple. <input type="radio"/> Intelectual. <input type="radio"/> Visual.	
		NIVEL DE DIFICULTAD DE DESEMPEÑO %	
		Global. Movilidad. Relaciones. Cognición.	
		Cuidado Personal. Actividades Cotidianas Participación	
		[] % [] % [] % [] %	
		[] % [] % [] %	

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES I.C.B.F. Y A LA LEY 1581 DE 2012