



La Cédula de Microdiagnóstico Familiar tiene como propósito conocer la situación actual de las familias cuyos miembros pertenecen a la población objetivo de la unidad. Es importante destacar que el llenado de la cédula no tiene ninguna finalidad punitiva o de sanción, los datos recopilados se utilizarán únicamente para el conocimiento del profesional de la salud sobre la población a la que ofrece su servicio con la finalidad de identificar áreas de oportunidad y diseñar estrategias que permitan brindar promoción, prevención y atención de la salud con una visión integral del paciente.

VI. COMPOSICIÓN FAMILIAR, ESTILO DE VIDA Y USO DE SERVICIOS DE SALUD

Escriba la información solicitada considerando las opciones enunciadas según corresponda

4. Nombre completo	Sexo Masculino/Femenino	Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	Edad Reportar años cumplidos. Menores de 1 año reportar meses.	Estado civil Soltero(a)- Casado(a)- Viudo(a)- Unión libre	Lengua Español-Lengua indígena (Especificar cual)	Alfabetización Alfabeta- Analfabeta	Parentesco/Rol familiar Madre-Padre-Hijo(a)- Abuelo(a)	Escolaridad Preescolar-Primaria-Secundaria-Bachillerato-Licenciatura-Maestría-Doctorado	Ocupación Primario-Secundario-Terciario- Desempleado- Estudiante	Ingreso- salario mínimo Hasta un salario mínimo 1 a 2; 2 a 3 3 a 5; mayor a 5 No recibe ingresos	Alimentación Anote el número de veces a la semana que consume los alimentos enunciados
											___ / de 7 días: carne, pescado y pollo. ___ / de 7 días: frutas y verduras. ___ / de 7 días: cereales, granos y leguminosas
Seguridad Social Sí- No	Higiene familiar ¿Se baña y realiza aseo buco-dental al menos 1 vez al día? Sí - No	Toxicomanías Alcoholismo- Tabaquismo- Otras sustancias	Enfermedades crónicas degenerativas Obesidad- Hipertensión- Diabetes Mellitus tipo 2- Tosedor crónico	Atención de embarazo Público-Privado-Hogar	Tamizaje Cáncer cervico-uterino Sí-No Fecha (DD/MM/AAAA)	Tamizaje Cáncer de mama Sí-No Fecha (DD/MM/AAAA)	¿Presenta algún tipo de discapacidad? Sí (Especifique) - No	Servicios de Salud Frecuencia Mensual-Trimestral-Semestral-Anual	Servicios de Salud Motivo de uso		
											___ / de 7 días: carne, pescado y pollo. ___ / de 7 días: frutas y verduras. ___ / de 7 días: cereales, granos y leguminosas
5. Nombre completo	Sexo Masculino/Femenino	Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	Edad Reportar años cumplidos. Menores de 1 año reportar meses.	Estado civil Soltero(a)- Casado(a)- Viudo(a)- Unión libre	Lengua Español-Lengua indígena (Especificar cual)	Alfabetización Alfabeta- Analfabeta	Parentesco/Rol familiar Madre-Padre-Hijo(a)- Abuelo(a)	Escolaridad Preescolar-Primaria-Secundaria-Bachillerato-Licenciatura-Maestría-Doctorado	Ocupación Primario-Secundario-Terciario- Desempleado- Estudiante	Ingreso- salario mínimo Hasta un salario mínimo 1 a 2; 2 a 3 3 a 5; mayor a 5 No recibe ingresos	Alimentación Anote el número de veces a la semana que consume los alimentos enunciados
											___ / de 7 días: carne, pescado y pollo. ___ / de 7 días: frutas y verduras. ___ / de 7 días: cereales, granos y leguminosas
Seguridad Social Sí- No	Higiene familiar ¿Se baña y realiza aseo buco-dental al menos 1 vez al día? Sí - No	Toxicomanías Alcoholismo- Tabaquismo- Otras sustancias	Enfermedades crónicas degenerativas Obesidad- Hipertensión- Diabetes Mellitus tipo 2- Tosedor crónico	Atención de embarazo Público-Privado-Hogar	Tamizaje Cáncer cervico-uterino Sí-No Fecha (DD/MM/AAAA)	Tamizaje Cáncer de mama Sí-No Fecha (DD/MM/AAAA)	¿Presenta algún tipo de discapacidad? Sí (Especifique) - No	Servicios de Salud Frecuencia Mensual-Trimestral-Semestral-Anual	Servicios de Salud Motivo de uso		
											___ / de 7 días: carne, pescado y pollo. ___ / de 7 días: frutas y verduras. ___ / de 7 días: cereales, granos y leguminosas
6. Nombre completo	Sexo Masculino/Femenino	Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA	Edad Reportar años cumplidos. Menores de 1 año reportar meses.	Estado civil Soltero(a)- Casado(a)- Viudo(a)- Unión libre	Lengua Español-Lengua indígena (Especificar cual)	Alfabetización Alfabeta- Analfabeta	Parentesco/Rol familiar Madre-Padre-Hijo(a)- Abuelo(a)	Escolaridad Preescolar-Primaria-Secundaria-Bachillerato-Licenciatura-Maestría-Doctorado	Ocupación Primario-Secundario-Terciario- Desempleado- Estudiante	Ingreso- salario mínimo Hasta un salario mínimo 1 a 2; 2 a 3 3 a 5; mayor a 5 No recibe ingresos	Alimentación Anote el número de veces a la semana que consume los alimentos enunciados
											___ / de 7 días: carne, pescado y pollo. ___ / de 7 días: frutas y verduras. ___ / de 7 días: cereales, granos y leguminosas
Seguridad Social Sí- No	Higiene familiar ¿Se baña y realiza aseo buco-dental al menos 1 vez al día? Sí - No	Toxicomanías Alcoholismo- Tabaquismo- Otras sustancias	Enfermedades crónicas degenerativas Obesidad- Hipertensión- Diabetes Mellitus tipo 2- Tosedor crónico	Atención de embarazo Público-Privado-Hogar	Tamizaje Cáncer cervico-uterino Sí-No Fecha (DD/MM/AAAA)	Tamizaje Cáncer de mama Sí-No Fecha (DD/MM/AAAA)	¿Presenta algún tipo de discapacidad? Sí (Especifique) - No	Servicios de Salud Frecuencia Mensual-Trimestral-Semestral-Anual	Servicios de Salud Motivo de uso		
											___ / de 7 días: carne, pescado y pollo. ___ / de 7 días: frutas y verduras. ___ / de 7 días: cereales, granos y leguminosas