

I	A. Fecha:			B. Regional:	
	DD	MM	AAAA	C. Establecimiento:	

1. Identificación de la Persona Privada de Libertad											
1.1. Nombre(s) y Apellidos:					1.2. Procedencia Zona/Municipio/Pais:						
1.3. Identificación:			C.C. <input checked="" type="checkbox"/> Pasaporte <input checked="" type="checkbox"/> No. C.E. <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/>		1.4. Situación Jurídica		Sindicado <input checked="" type="checkbox"/> Condenado <input checked="" type="checkbox"/>	Años:	1.5. NUI:		
1.6. TD No:			1.7. Delito:								
1.8. Datos de Nacimiento		Municipio/Departamento:			Fecha:			DD	MM	AAAA	1.9. Edad:
1.10. Estado Civil:		Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input checked="" type="checkbox"/> Viudo <input checked="" type="checkbox"/> Unión Libre <input checked="" type="checkbox"/>	1.11. Régimen de Salud:		Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/> Otro/Cuál?	1.12. Sexo:			M <input checked="" type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>		
1.13. Identidad Sexual:		L <input checked="" type="checkbox"/> B <input checked="" type="checkbox"/> G <input checked="" type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/>	1.14. Orientación Sexual:		Heterosexual <input checked="" type="checkbox"/> Homosexual <input checked="" type="checkbox"/> Bisexual <input checked="" type="checkbox"/> No responde <input checked="" type="checkbox"/>	1.15. Condición de Discapacidad:			Física <input checked="" type="checkbox"/> Visual <input checked="" type="checkbox"/> Auditiva <input checked="" type="checkbox"/> Múltiple <input checked="" type="checkbox"/> Mental y/o Cognitiva <input checked="" type="checkbox"/>		
1.16. Nivel Académico:		Sin estudio <input checked="" type="checkbox"/> Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Técnico <input checked="" type="checkbox"/> Bachillerato <input checked="" type="checkbox"/> Universitario <input checked="" type="checkbox"/> Tecnológico <input checked="" type="checkbox"/> Titulado <input checked="" type="checkbox"/> Postgrado <input checked="" type="checkbox"/>	1.17. Población Excepcional:		Indígena <input checked="" type="checkbox"/> Extranjero <input checked="" type="checkbox"/> ROM <input checked="" type="checkbox"/> Raizal <input checked="" type="checkbox"/> Mujer gestante <input checked="" type="checkbox"/> Adulto Mayor <input checked="" type="checkbox"/> Afrodescendiente <input checked="" type="checkbox"/> Habitante de calle <input checked="" type="checkbox"/>	1.18. Nombre y Contacto de un familiar de referencia:			Víctima del conflicto armado <input checked="" type="checkbox"/>		

2. Antecedentes Familiares	
Registre los más relevantes:	

3. Antecedentes Personales																				
3.1. Médicos		Si <input checked="" type="checkbox"/> Niega <input checked="" type="checkbox"/>	3.4. Traumáticos		Si <input checked="" type="checkbox"/> Niega <input checked="" type="checkbox"/>															
3.2. Farmacológicos		Si <input checked="" type="checkbox"/> Niega <input checked="" type="checkbox"/>	3.5. Alérgicos		Si <input checked="" type="checkbox"/> Niega <input checked="" type="checkbox"/>															
3.3. Quirúrgicos		Si <input checked="" type="checkbox"/> Niega <input checked="" type="checkbox"/>	3.6. Tóxicos		Si <input checked="" type="checkbox"/> Niega <input checked="" type="checkbox"/>															
3.7. Antecedentes Ginecobstétricos		Se encuentra en embarazo? <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Número de meses:	Fecha Última Regla	DD	MM	AAAA	Qué medicamentos (micronutrientes) consume actualmente?:	3.8. Planifica Actualmente <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Método:										
		Gestaciones	Partos	Abortos	Cesáreas	Vivo	Edad Menarquia	Años	Edad en que inició relaciones sexuales	Años										
3.10. Fecha última CCU		DD	MM	AAAA	Resultado:	3.11. Ha sufrido o presenta alguna ITS?	Describa brevemente fecha de inicio de la enfermedad, si recibió o no tratamiento.													
3.11.1. Clínicamente presenta los siguientes signos y/o síntomas		Secreciones <input checked="" type="checkbox"/> Picazón o Irritación <input checked="" type="checkbox"/>	Micción Dolorosa <input checked="" type="checkbox"/> Pérdida de Peso <input checked="" type="checkbox"/>	Sangrado <input checked="" type="checkbox"/> Fiebre <input checked="" type="checkbox"/>	Úlceras en Área Genital <input checked="" type="checkbox"/> Sangrado Intermenstrual <input checked="" type="checkbox"/>	Dolor durante las relaciones sexuales <input checked="" type="checkbox"/>														
3.11.2. Factores de Riesgo		Múltiples parejas sexuales <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Usa preservativos en todas las relaciones sexuales <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Comparte elementos como cuchillas de afeitar, agujas o cepillo de dientes <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Ha recibido transfusiones sanguíneas <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Usa drogas inyectables <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>														
3.12. Captación Sintomático Respiratorio		Diabetes <input checked="" type="checkbox"/> VIH Positivo <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de peso <input checked="" type="checkbox"/> Expectoración <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Dolor en el pecho <input checked="" type="checkbox"/> Sudoración nocturna <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Tos por más de dos semanas <input checked="" type="checkbox"/> Pérdida de apetito <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Otra <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Resultado = 4 ó más SOSPECHOSO número total de puntaje									
3.13. Ha presentado TB		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha Diagnóstico	DD	MM	AAAA	Recibió tratamiento <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Paciente curado <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	DD	MM	AAAA	Tratamiento completo <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	DD	MM	AAAA	Fracaso al tratamiento <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Perdido en el seguimiento <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Sin Información <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		
3.14. Enfermedad Inmunoprevenible		Varicela <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Parotiditis <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Lepra <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Hepatitis A <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>															
3.15. Le han Diagnosticado Hipertensión		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describa brevemente fecha de inicio de la enfermedad, si recibió o no tratamiento.							3.16. Le han diagnosticado Diabetes		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describa brevemente fecha de inicio de la enfermedad, si recibió o no tratamiento.							
3.17. Le han diagnosticado Cáncer		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Describa brevemente fecha de inicio de la enfermedad, si recibió o no tratamiento.							3.18. Le han diagnosticado Insuficiencia Renal Crónica		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Le realizan Diálisis Peritoneal o Hemodiálisis <input checked="" type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Lugar de realización (IPS):						

4. Valoración Salud Mental														
4.1. Tamizaje Depresión		4.1.1. ¿Durante los últimos treinta días se ha sentido a menudo desanimado, deprimido o con pocas esperanzas?			Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	4.1.2. ¿Durante los últimos treinta días ha sentido a menudo poco interés o placer al hacer cosas que habitualmente disfrutaba?			Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>					
4.2. Tamizaje Ansiedad		Durante las últimas dos semanas que tan seguido se ha molestado por los siguientes problemas?			Para Nada	Algunos días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días						
		4.2.1. Sentirse nervioso, ansioso o inquieto			0	1	2	3						
		4.2.2. No poder parar o controlar la preocupación			0	1	2	3						
4.3. Tamizaje intento de suicidio		4.3.1. ¿Alguna vez ha pensado que la vida no vale la pena vivirla?			Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>									
4.4. Toma medicamentos psiquiátricos		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre Medicamento 1		Nombre Medicamento 2		4.5. Consumo de SPA / Cuál			Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha en que inició consumo	DD	MM	AAAA

5. Examen Físico										
4.1. Signos Vitales		Pulso	F.R.	T.A.	Temperatura (C°)	Talla	Peso (Kg)	I.M.C.	Contorno Cintura (cm)	
4.2. Cabeza		Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>								
4.3. Cuello		Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>								
4.4. Piel y Faneras		Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>								
4.5. Respiratorio		Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>								
4.6. Cardiovascular		Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>								
4.7. Gastro Intestinal		Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>								
4.8. Genitourinario		Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>								
4.9. Músculo Esquelético		Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>								
4.10. Endocrino		Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>								
4.11. Neurológico		Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>								
4.12. Ubicado en Tiempo y Espacio		Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>								

5.13. Marcas Corporales

En la siguiente cuadrícula topográfica marque con la letra correspondiente si al momento de la valoración la PPL, presenta alguna de las siguientes condiciones particulares y registre las observaciones pertinentes.

Tatuajes A	Cicatrices B	Lunares/nevus C	Manchas D	Pérdida parcial de una extremidad E	Pérdida total de una extremidad F
----------------------	------------------------	---------------------------	---------------------	---	---

Cuadrícula Topográfica

1. Frontal
2. Paretal
3. Bucal
4. Mentoniana
5. Malar
6. Orbital
7. Temporal
8. Cigomatica
9. Masetérica
10. Auricular
11. Nasal - Dorso
12. Suprahoidea
13. Infrahoidea
14. Hioideas
15. Occipital
16. Parietal
17. Temporal
18. Anteroauricular
19. Mastoidea
20. Cervical Superior
21. Cervical Izq.
22. Cervicar Der.
23. Prominente
24. Deltoideas
25. Condroesternal
26. Condroesternal Inf.
27. Epigastrio
28. Mesogastrio
29. Hipogastrio
30. Pubiana
31. Supramamaria
32. Mamaria
33. Hipocondrios
34. Flancos
35. Fosas Iliacas
36. Inguinales
37. Tercio Sup. Brazo
38. T. Medio Brazo
39. T. Inferior Brazo
40. Flexión de Codo
41. Tercio Sup. Antebrazo
42. Tercio Med. Antebrazo
43. Tercio Inf. Antebrazo
44. Muñeca
45. Tercio Sup. Muslo
46. T. Medio Muslo
47. T. Inferior Muslo
48. Rodilla
49. Tercio Sup. Pierna
50. T. Medio Pierna
51. T. Inferior Pierna
52. Tobillo
53. Dedos
54. Metacarpo
55. Carpo Mano
56. Falanges
57. Falanginas
58. Falangetas
59. Palma de la mano
60. Eminencia Hipotenar
61. Dorsal Superior
62. Dorsal Medio
63. Dorsal Inferior
64. Lumbar
65. Sacro
66. Escapulares
67. Infraescapulares
68. Lumbar
69. Flancos
70. Gluteos
71. Cuello Pie
72. Región del Tobillo
73. Tobillo
74. Tarso
75. Dorso
76. Metatarso
77. Dedos
78. Calcañal
79. Planta Pie
80. Borde Ext. Pie
81. Borde Int. Pie
82. Dedos

Registre las observaciones pertinentes

6. Especiales Condiciones

6.1. Recomendaciones para asignación de patio por condición especial

6.2. Presenta antecedentes de salud o físicos, que impiden que desarrolle una actividad laboral Si
No

6.3. Si la respuesta anterior es positiva, describa cuáles

7. Impresión Diagnóstica

Dx. 1	Dx. 4
Dx. 2	Dx. 5
Dx. 3	Dx. 6

8. Gestión del Riesgo

8.1. Conducta a seguir	8.1.1. Aislamiento Sanitario	Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Motivo (patología):	8.1.2. Orden de Laboratorios	BK <input checked="" type="checkbox"/> VDRL <input checked="" type="checkbox"/>	Dos pruebas rápidas para VIH <input checked="" type="checkbox"/> Prueba de Embarazo <input checked="" type="checkbox"/>	Antígeno de superficie para Hepatitis B <input checked="" type="checkbox"/> Frotis de Secreción Uretral o Vaginal <input checked="" type="checkbox"/>
	8.1.3. Medicamentos						
8.2. Remisión a Servicios							
8.2.1. Consulta prioritaria en los próximos 30 días		8.2.3. Valoración por Psicología y/o Psiquiatría			8.2.5. Atención Prioritaria a Paciente Crónico		
8.2.2. Valoración Integral y Detección Temprana		8.2.4. Atención Médica de Urgencias			8.2.6. Vacunación		
8.2.7. Medicamentos ordenados:							
8.2.8. Nombre y Firma del Médico / Reg. Medico:				8.2.9. Firma del Privado de Libertad		8.2.10. Huella Dedo Índice Derecho	