FORMULARIO DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

Fecha de realización	
Motivo de la visita	
Identificación de la familia	
Responsables	

CONDICIONES DE LA VIVIENDA:

1. TIPO DE VIVIENDA 1. CASA 2. DEPARTAMNENTO 3. MEJORA 4 MEDIAGUA 5. CONVENTILLO-CITÉ 6. CALLAMPA 7. RANCHIU-RUCA-CHOZA	**2. TENDENCIA VIVIENDA** 1. PROPIA PAGADA 2. PROPIA PAGÁNDOSE 3. ARRENDADA 4. CEDIDA 5. FACILITADA 6. ALLEGADA 7. COMPARTIDA	**3. MATERIAL DE LA VIVIENDA** 1. SÓLIDA 2. MADERA 3. LADRILLO 4. DESECHO (CARTÓN-LATA-SACO-OTRO) 5. MIXTO
4. TOTAL DE PIEZAS **5. N° DORMITORIOS** **6. N° CAMAS** **7. PISO DE TIERRA EN DORMITORIOS**	**8. DISPONIBILIDAD DE AGUA** **SI NO** 1 AGUA POTABLE 2 LLAVE ADENTRO 3 LLAVE AFUERA 4 POR ACARREO	**9. LUZ ELÉCTRICA** 1 SI 2 NO **10. CALEFACCIÓN** 1 SI 2 NO **11. VENTILACIÓN** 1 SI 2 NO

12. COCINA ☐ 1 SI 2 NO **13. ILUMINACIÓN NATURAL** ☐ 1 SI 2 NO	**14. PRESENCIADE VECTORES, (roedores moscas, otros)** ☐ 1 SI 2 NO DONDE: _____ **15. PISO** ☐ 1 SI 2 NO DE QUE TIPO: _____	**16. ELIMINBACIÓN DE BASURAS** ☐ 1 recolección domiciliaria 2 campo libre 3 quema **17. PATIO** ☐ 1 SI 2 NO
18. ELIMINACIÓN EXCRETAS ☐ 1 WC conectado a alcantarillado 2WC conectado a fosa séptica 3 letrina sanitaria 4 pozo negro 5 no disponible de sistema	**19. CONSUMO DE TABACO EN EL HOGAR** ☐ 1 SI 2 NO DE QUE TIPO: _____ QUIEN: _____	**20. USO DE CALEFACCION** **SI NO** 1 ESTUFA A LEÑA 2 ESTUFA A PARAFINA 3 ESTUFA A GAS 4 ESTUFA ELECTRICA 5 OTROS
21. PRESENCIA DE CONTAMINANTES QUIMICOS ☐ 1 SI 2 NO CUALES: _____ DONDE LOS GUARDA: _____	**22. PRESENCIA DE AREAS DE JUEGO PARA LOS NIÑOS** ☐ 1 SI 2 NO	**23. JUGUETES ADECUADOS PARA LOS NIÑOS** ☐ 1 SI 2 NO
24. ALMACENAMIENTO DE LOS ALIMENTOS: **DONDE:** _____ **REFRIGERACION:** _____ **DESPENSA:** _____	**25. MINUTA FAMILIAR, FRECUENCIA DE CONSUMO** **a. LACTEOS:** _____ **b. FRUTAS:** _____ **c. VERDURAS:** _____ **d. AZUCARES:** _____ **e. FRITURAS:** _____ **f. CARNES:** _____ **g. PESCADOS:** _____ **h. LEGUMBRES:** _____	**26. ACTIVIDADES RECREATIVAS EN COMUN:** ☐ 1 SI 2 NO **CUALES:** _____

CONDICIONES AMBIENTALES:

1. LOCOMOCION CERCA DE LA VIVIENDA ☐ 1.SI 2.NO	**2. CENTRO DE SALUD CERCA DE LA VIVIENDA** ☐ 1 SI 2.NO	**3. VERTEDERO O SITIO ERIAZO** ☐ 1. SI 2. NO
4. PERROS VAGOS ☐ 1.SI 2.NO	**5. ALCOHOLISMO, DROGADICCION, VIOLENCIA** ☐ 1 SI 2.NO	**6. CENTROS DE APOYO** ☐ 1. SI 2. NO CUALES:

OBSERVACIONES:

PLAN DE INTERVENCION