REGISTRO DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL

Nombre del Centro de Salud: .....

Fecha: ..../..../..... Sector: .....

Nombre de quien (es) visita (n): .....

Motivo de la Visita: .....

Nombre del caso Índice: .....

Dirección: ..... Teléfono de contacto: .....

Miembros de la Familia presente en la entrevista: .....

.....

I.- GENOGRAMA

ECOMAPA

II.- FAMILIA (Idealmente tenerlo completo en el momento de la Visita)

a) Tipo de familia

Familia nuclear: ☐ Familia compuesta: ☐ Familia extensa: ☐

Familia unipersonal: ☐ Nuclear biparental: ☐

Nuclear simple: ☐ Nuclear monoparental: ☐ Nuclear reconstituida: ☐

N° de personas que viven en la casa:

N° de adultos: ☐ N° de niños menores de 6 años: ☐

Jefe de hogar: Madre ☐ Padre ☐ Abuelos ☐ Otros (especificar): .....

N° de familias que viven en el domicilio: ☐

b) Etapa del ciclo vital en que se encuentran:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

C) Apgar Familiar (Funcionalidad familiar)

Miembro familiar que responde el instrumento: ……

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
	0	1	2
¿Está satisfecho(a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema?			
¿Conversan entre Uds. los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo en que su familia y Ud. pasan juntos?			
Siente que su familia lo(la) quiere			

(Altamente Funcionales: 7 a 10. Moderadamente Funcionales: 4 a 6, Disfuncionales: 0 a 3)

d) Ocupación y/o actividad de cada Integrante

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

e) Ingresos Familiares (sueldos, pensiones, subsidios,

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III.- FACTORES DE RIESGOS

a) .....

b) .....

c) .....

d) .....

e) .....

f) .....

IV.- FACTORES PROTECTORES

a) .....

b) .....

c) .....

d) .....

e) .....

f) .....

V. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda: Solida ☐ Madera ☐ Desechos ☐ Material Ligero ☐

Problemas de habitabilidad: Daños estructurales ☐ Falta de equipamiento doméstico básico ☐

Instalación eléctrica precaria ☐

Servicios básicos (Agua, luz, manejo de excretas) si ◯ no ◯

Manejo adecuado de basuras y vectores: si ◯ no ◯

Hacinamiento: si ◯ no ◯

N° de dormitorios ☐ N° de camas/cunas ☐

Aislamiento geográfico: si ◯ no ◯

Tenencia: Allegados ◯ Riesgo de desalojo ◯ Ocupación ilegal ◯ Morosidad en los pagos ◯

Contaminación Intradomiciliaria:

Problemas de ventilación ◯ Humedad ◯

Acopio de basuras/desechos ◯ Aseo y orden deficiente ◯

Contaminación estufas/tabaco ◯ Tenencia irresponsable de mascotas ◯

Características de la vivienda que dificulta el cumplimiento de algún objeto (describir):

.....

.....

.....

.....

VI.- REDES DE APOYO (DESCRIBIR)

Familiares .....

Vecinos .....

Participan en alguna organización (iglesia. Junta de vecinos, etc.).....

¿Cuál? .....

VII.- BARRIO

Cuenta con áreas verdes cercanas:

si ◯ no ◯

Adecuado acceso a Instituciones Gubernamentales (Municipio, Centro de Salud, etc.)

si ◯ no ◯

Percepción de Inseguridad

si ◯ no ◯

VIII.- OBJETIVOS DE LA VISITA

a) .....

b) .....

c) .....

d) .....

e) .....

f) .....

IX.- INTERVENCIONES REALIZADAS

.....

.....

.....

.....

X.- DIAGNOSTICO (BIO-PSICO-SOCIAL, INDIVIDUALY FAMILIAR)

.....

.....

.....

.....

XI.- NUEVO PLAN DE INTERVENCION, ACUERDOS CON LA FAMILIA

.....

.....

.....

.....

XII.- FECHA DE MINITOREO, NOMBRE DEL RESPONSABLE

……

……

……

……

XIII.- OBSERVACIONES

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……