

FORMATO 1. REGISTRO AGENTE COMUNITARIO EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN



Número formulario colectivo



1.1. Fecha (AAAA/MM/DD) Desde

A

A

A

A

M

M

D

D

Hasta

A

A

A

A

M

M

D

D

1.2. Departamento

1.5. Nombre de la organización/institución/agente comunitario

1.3. Municipio

1.4. Barrio de la actividad

1.6. Localidad/comuna de la actividad

1. Consecutivo	2. Nombres	3. Apellidos	4. Tipo de documento	5. Documento de identidad	6. Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD)	7. Sexo al nacer		8. Régimen	9. Nombre EAPB-EPS	10. Población clave	11. Tiene alguna discapacidad		12. Actividades de seguimiento realizadas								13. Sintomático respiratorio		14. Canalizado					15. Firma de quien recibe la actividad	16. Observaciones, incluyendo la entrega de material	
						Hombre	Mujer				VD		AP		AE		SEG.		Sí	NO	Prueba tuberculosis	Servicios salud	Prueba VIH y asesoría	Servicios sociales	Otro	Ninguno				
											Sí	NO	Sí	NO	Sí	NO	Sí	NO									Sí			NO
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														

Tipo de documento: RC: registro civil, TI: tarjeta de identidad, CC: cédula de ciudadanía, PA: pasaporte, CE: cédula de extranjería, DNI: documento nacional de identificación, SD: sin documento. Utilice esta opción solo cuando la persona no cuente con documento de identidad o no desea suministrarlo. **Documento de identidad:** registre el número del documento de identidad de quien recibe la actividad; en caso de no contar con identificación, ingrese la fecha de nacimiento para la construcción del código único. **Régimen:** incluya en la casilla la letra del régimen al que se encuentra afiliado el participante, según corresponda: C: contributivo, S: subsidiado, E: especial, excepción e INPEC, N: no asegurado. **Nombre EAPB-EPS:** registre el nombre de la aseguradora. **Población clave:** incluya en la casilla la(s) letra(s) de los grupo(s) a los que corresponde el participante; si pertenece a más de un grupo, separe con (,) comas: HSH: hombres que tienen sexo con hombres, TRANS: mujeres transgénero, TS: trabajadores sexuales, HC: habitante de calle, PPL: población privada de la libertad, SPA: consumidores de sustancias psicoactivas, PID: personas que se inyectan drogas, D: desmovilizado certificado por el Comité Operativo para la Dejaración de las Armas (CODA), TB: población con tuberculosis, ITS: población con diagnóstico de infecciones de transmisión sexual, GE: gestantes, L: Lesbiana, B: bisexual, INM: Inmigrante, IN: indígena, VC: víctima del conflicto armado, PG: población general, utilice esta opción para otros grupos poblacionales diferentes a los anteriores. **Tiene alguna discapacidad:** marque con una X en la casilla “Sí”, en caso de presentar algún tipo de discapacidad (de los sentidos: olfato, tacto, gusto, ojos, oídos, del movimiento del cuerpo, del sistema nervioso, de la voz y el habla, etc.). **Actividades de seguimiento realizadas:** marque con una X en la casilla, según sea el caso: VD: visita domiciliaria, AP: asesoría personalizada, AE: actividad educativa, SEG.: seguimiento. **Sintomático respiratorio:** marque X en la casilla “Sí”, si el usuario presenta tos, fiebre, pérdida de peso o sudoración nocturna. **Canalizado:** maque X la opción “Ninguno”, si el participante no requiere canalización; en caso contrario, seleccione la opción del servicio al que debe direccionarse. Si selecciona “Otro”, realice la aclaración del servicio en OBSERVACIONES, INCLUYENDO LA ENTREGA DE MATERIAL.

FORMATO 1A. CONSOLIDADO REGISTRO DE ACTIVIDADES DEL AGENTE COMUNITARIO
EN ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Número de páginas FORMATO 1:



PERIODO DE REPORTE

Desde

A

A

A

A

M

M

D

D

Hasta

A

A

A

A

M

M

D

D

CONSOLIDADO DE ACTIVIDADES

Número de visitas domiciliarias realizadas en el periodo

Número de personas canalizadas

Otras actividades desarrolladas:

Número de asesorías personalizadas en el periodo

Número de seguimientos efectivos realizados

Número de actividades educativas realizadas en el periodo

Número de seguimientos no efectivos realizados

TEMAS TRATADOS EN LAS ACTIVIDADES:

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LAS ACTIVIDADES/AGENTE COMUNITARIO

FIRMA: (Nombre de la persona que realizó las actividades)

1. Datos generales

1.1. Fecha de la canalización

A A A A

M M

D D

1.2. Nombre del servicio o agente comunitario que canaliza al usuario

1.2.1. Responsable del servicio comunitario o agente comunitario

1.3. Servicio al que se canaliza

☐ Vacunación hepatitis B

☐ Servicio de protección social

☐ Atención en salud

☐ Otro

1.4. Nombre de la institución de salud a la que se canaliza al usuario

1.4.1. Nombre del contacto en la institución de salud a la que se canaliza

1.4.2. Teléfono del contacto en la institución de salud a la que se canaliza

1.5. Nombre de la institución de apoyo social a la que se canaliza al usuario, si aplica

1.5.1. Nombre y teléfono del contacto en la institución de apoyo social a la que se canaliza, si aplica

2. Datos del usuario canalizado

2.1. Tipo de documento

☐ RC

☐ TI

☐ CC

☐ PA

☐ CE

☐ SD

☐ DNI

2.2. Número de identificación

2.3. Primer nombre

2.3.1. Segundo nombre

2.3.2. Primer apellido

2.3.3. Segundo apellido

2.4. Sexo asignado al nacer:

☐ Hombre

☐ Mujer

2.5. Población clave:

☐ HSH

☐ LESB

☐ TRANS

☐ BISEX

☐ PID

☐ TS

☐ HC

☐ PPL

☐ OTRA

2.6. Población prioritaria:

☐ JÓVENES

☐ GESTANTES

☐ POB. GENERAL

☐ CONSUMIDORES DE SPA

☐ DESMOVILIZADOS

☐ POBLACIÓN CON TB

☐ POBLACIÓN CON OTRAS ITS

☐ OTRA

☐ INDÍGENAS

☐ INMIGRANTES*

☐ VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO

*País de procedencia:

2.7. Fecha de nacimiento

A A A A

M M

D D

2.7.1 Edad en años cumplidos

2.8. ¿Asegurado al sistema de salud?

☐ SÍ

☐ NO

2.8.1. ¿Encuesta SISBÉN?

☐ SÍ

☐ NO

☐ NO SABE

2.8.2. Régimen:

☐ Contributivo

☐ Subsidiado

☐ Especial

☐ Excepción

2.8.3. Aseguradora (EAPB - EPS)

2.9. Motivos de la canalización

2.10. Presenta síntomas:

☐ Tos

☐ Fiebre

☐ Pérdida de peso

☐ Sudoración nocturna

☐ No presenta síntomas

☐ Otros síntomas

3. Seguimiento a canalización - servicios de salud

3.1. Fecha del contacto 1

A A A A

M M

D D

3.1.1. ¿Accedió a servicios de salud?

☐ Sí

☐ No

3.1.2. Fecha de la gestión

A A A A

M M

D D

3.1.3. Dificultad para el acceso al servicio de salud:

☐ Afiliación al SGSSS

☐ Autorizaciones

☐ Asignación de cita

☐ Ninguna

☐ Dependiente del usuario

☐ Otra

3.1.4. Descripción de la gestión realizada:

3.1.5. Descripción de la dificultad en el acceso a los servicios de salud:

3.2. Fecha del contacto 2

A A A A

M M

D D

3.2.1. Fase del proceso:

☐ Valoración de inicio

☐ Seguimiento

3.2.2. Fecha de la gestión 2

A A A A

M M

D D

3.2.3. Dificultad para el acceso al servicio de salud:

☐ Afiliación al SGSSS

☐ Autorizaciones

☐ Asignación de cita

☐ Ninguna

☐ Dependiente del usuario

☐ Otra

3.2.4. Descripción de la gestión realizada:

3.2.5. Descripción de la dificultad en el acceso a los servicios de salud:

3.3. Fecha del contacto 3

A A A A

M M

D D

3.3.1. ¿Persisten dificultades para el acceso a los servicios de salud?

☐ Sí

☐ No

☐ ¿Cuáles?

4. Seguimiento a canalización - servicios de protección social

4.1. Fecha del seguimiento

A A A A

M M

D D

4.2. ¿Accedió a servicios sociales?

☐ Sí

☐ No

4.3. Fecha de la gestión

A A A A

M M

D D

4.4. Dificultad para el acceso a servicios de protección social:

☐ No hay disponibilidad de cupo

☐ Dependiente del usuario

☐ Ninguna

☐ No fue atendido

☐ Otra

4.3.1. Gestión realizada:

CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

1.2. Nombre del servicio comunitario o agente comunitario

1.2.1. Nombre del agente

1.4. Nombre de la institución de apoyo social a la que se canaliza al usuario

1.4.2. Dirección y teléfono del contacto en la institución de apoyo social a la que se canaliza

1.3. Nombre de la institución de salud a la que se canaliza al usuario

1.3.1. Dirección y teléfono de la institución de salud a la que se canaliza

1.4.1. Nombre del contacto en la institución de salud a la que se canaliza

1.5. Motivo de la canalización

2. Datos de quien firma el consentimiento informado

2.1. Tipo de documento

☐ RC

☐ TI

☐ CC

☐ PA

☐ CE

☐ SD

☐ DNI

2.2. Número de identificación

2.3. Nombres y apellidos

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CANALIZACIÓN A
SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL



Yo _____, identificado(a)
con _____ No. _____ de _____, certifico que he
sido informado sobre el propósito y beneficios de la canalización a los servicios de salud y/o apoyo social y acepto ser canalizado
a dichas instancias para acceder a sus servicios.

SÍ acepto () NO acepto ()

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona o agente comunitario de mi EAPB-EPS, o de la institución a la que
estoy siendo direccionado, me pueda contactar para brindar asesoría, facilitar el acceso a programas y/o la realización de pruebas
diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.

SÍ acepto () NO acepto ()

En caso de aceptarlo, mi número telefónico de contacto es _____ o _____.

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento del proceso. Adicionalmente, fui notificado(a) de que toda
la información generada en el proceso de acompañamiento es confidencial.

Este documento se firma el día _____ del mes de _____ del año 201____.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO

Nombre y apellido:
Tipo y número de identificación:

FIRMA DEL AGENTE COMUNITARIO

Nombre y apellido:
Tipo y número de identificación: