

# 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 Hombre Mujer	8. Régimen	9. Nombre EAPB-EPS	10. Población clave Sí No	11. Tiene alguna discapacidad	12. Actividades de seguimiento realizadas				13. Sintomático respiratorio Sí No	14. Canalizado	15. Firma de quien recibe la actividad	16. Observaciones, incluyendo la entrega de material
											VD	AP	AE	SEG.				
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		

Para los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en las leyes 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

Página \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**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 Dejación 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:** marque X la opción "Ninguno", si el participante no requiere canalización; en caso contrario, seleccione la opción del servicio al que debe darse dirección. 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)**



**AGENTE COMUNITARIO  
CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD  
Y PROTECCIÓN SOCIAL**

Para los datos personales registrados en estos formatos, se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en las Leyes 1266/08 - 1273/09 - 1581/12 y demás normas aplicables.

Número de formulario

**1. Datos generales**

1.1. Fecha de la canalización   A A A A   M M   D D	1.4.1. Nombre del contacto en la institución de salud a la que se canaliza
1.2. Nombre del servicio o agente comunitario que canaliza al usuario	1.4.2. Teléfono del contacto en la institución de salud a la que se canaliza
1.2.1. Responsable del servicio comunitario o agente comunitario	1.5. Nombre de la institución de apoyo social a la que se canaliza al usuario, si aplica
1.3. Servicio al que se canaliza <input type="radio"/> Vacunación hepatitis B <input type="radio"/> Servicio de protección social <input type="radio"/> Atención en salud <input type="radio"/> Otro	1.5.1. Nombre y teléfono del contacto en la institución de apoyo social a la que se canaliza, si aplica
1.4. Nombre de la institución de salud a la que se canaliza al usuario	

**2. Datos del usuario canalizado**

2.1. Tipo de documento <input type="radio"/> ORC <input type="radio"/> OTI <input type="radio"/> OCC <input type="radio"/> OPA <input type="radio"/> OCE <input type="radio"/> OSD <input type="radio"/> 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: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	
2.5. Población clave: <input type="radio"/> HSH <input type="radio"/> LESB <input type="radio"/> TRANS <input type="radio"/> BISEX <input type="radio"/> PID <input type="radio"/> TS <input type="radio"/> HC <input type="radio"/> PPL <input type="radio"/> OTRA	2.6. Población prioritaria: <input type="radio"/> JÓVENES <input type="radio"/> INDÍGENAS <input type="radio"/> GESTANTES <input type="radio"/> INMIGRANTES* <input type="radio"/> POB. GENERAL <input type="radio"/> VÍCTIMA DEL <input type="radio"/> CONSUMIDORES DE SPA <input type="radio"/> CONFLICTO ARMADO <input type="radio"/> DESMOVILIZADOS <input type="radio"/> POBLACIÓN CON TB <input type="radio"/> POBLACIÓN CON OTRAS ITS <input type="radio"/> OTRA	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? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO    2.8.1. ¿Encuesta SISBÉN? <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> NO SABE
		2.8.2. Régimen: <input type="radio"/> Contributivo <input type="radio"/> Subsidiado <input type="radio"/> Especial <input type="radio"/> Excepción
		2.8.3. Aseguradora (EAPB - EPS)
2.9. Motivos de la canalización	2.10. Presenta síntomas: <input type="radio"/> Tos <input type="radio"/> Fiebre <input type="radio"/> Pérdida de peso <input type="radio"/> Sudoración nocturna <input type="radio"/> No presenta síntomas <input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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: <input type="radio"/> Afiliación al SGSSS <input type="radio"/> Autorizaciones <input type="radio"/> Asignación de cita <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Dependiente del usuario <input type="radio"/> 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: <input type="radio"/> Valoración de inicio <input type="radio"/> 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: <input type="radio"/> Afiliación al SGSSS <input type="radio"/> Autorizaciones <input type="radio"/> Asignación de cita <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> Dependiente del usuario <input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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: <input type="radio"/> No hay disponibilidad de cupo <input type="radio"/> Dependiente del usuario <input type="radio"/> Ninguna <input type="radio"/> No fue atendido <input type="radio"/> Otra
4.3.1. Gestión realizada:	

**CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**

1.2. Nombre del servicio comunitario o agente comunitario	1.3. Nombre de la institución de salud a la que se canaliza al usuario
1.2.1. Nombre del agente	1.3.1. Dirección y teléfono de la institución de salud a la que se canaliza
1.4. Nombre de la institución de apoyo social 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. Dirección y teléfono del contacto en la institución de apoyo social a la que se canaliza	1.5. Motivo de la canalización
<b>2. Datos de quien firma el consentimiento informado</b>	
2.1. Tipo de documento <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> CC <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> OSD <input type="radio"/> 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: