



Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad

Formulario N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tipo de Identificación (SU)

1. RC Registro civil 4. CE Cédula de extranjería
2. TI Tarjeta de identidad 5. PA Pasaporte
3. CC Cédula de ciudadanía 6. CD Carnet diplomático

Número de Identificación

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CAPITULO I. INFORMACIÓN PERSONAL

- 1.1 Fecha de diligenciamiento
AAAA MM DD
- 1.2 Primer Apellido

- 1.3 Segundo Apellido

- 1.4 Primer Nombre

- 1.5 Segundo Nombre

- 1.6 Sexo
1. Hombre 2. Mujer
- 1.7 Fecha de Nacimiento
AAAA MM DD
- 1.8 Tipo de población (SM)
1. Habitantes de la Calle
 2. Población infantil a cargo del ICBF
 3. Madres comunitarias
 4. Artistas, autores, compositores
 5. Población sisbenizada
 6. Población desmovilizada
 7. Población en condiciones de desplazamiento forzado
 8. Población en centros psiquiátricos
 9. Población rural migratoria
 10. Población en centros carcelarios
 11. Población Rural no Migratoria
 12. Pob.de la tercera edad en protección de ancianato Adulto Mayor
 13. Cabeza de Familia
 14. Mujer Embarazada
 15. Mujer Lactante
 16. Trabajador Urbano
 17. Trabajador Rural
 18. Víctima de Violencia Armada
 19. Jóvenes vulnerables rurales
 20. Jóvenes vulnerables urbanos
 21. Sin ocupación
 22. Ninguno

- 1.9 Actualmente vive
1. Solo (Pase a 1.12)
2. Acompañado
- 1.10 ¿Cuántas personas conforman este hogar?
- 1.11 ¿Cuántas de ellas presentan discapacidad?
- 1.12 ¿Actualmente tiene personas a cargo? (Sólo para personas de 10 años y más)
1. Si
2. No (Pase a 1.15)
- 1.13 Número de personas a cargo menores de 12 años
- 1.14 Número de personas a cargo mayores de 60 años
- 1.15 ¿Recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar?
1. Si
2. No
- 1.16 Es beneficiario de programas de: (SU)
1. Protección
 2. Hogar sustituto
 3. Hogar comunitario
 4. Hogar infantil
 5. Club juvenil
 6. Otro programa de bienestar
 7. Ninguno
- 1.17 De acuerdo a sus costumbres y tradiciones se considera: (SU)
1. Indígena
 2. ROM (Gitanos)
 3. Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia
 4. Palenquero de San Basilio
 5. Negro(a), Mulato(a), Afrocolombiano(a) o Afrodescendiente
 6. Ninguno de los anteriores
 7. Otra Etnia

CAPITULO II. LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA

- 2.1 Departamento

- 2.2 Municipio

- 2.3 Área (SU)
1. Cabecera Municipal (Área urbana)
 2. Centro poblado (Inspección, corregimiento o caserío)
 3. Rural disperso
- 2.4 Nombre Localidad / comuna

- 2.5 Nombre del centro poblado

- 2.6 Nombre del Barrio o Vereda

- 2.7 Dirección

- 2.8 Número de teléfono
- 2.9 ¿Cuál es el estrato de la vivienda? (SU)
- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Estrato 1 | 4. <input type="checkbox"/> Estrato 4 | 7. <input type="checkbox"/> Sin Estrato |
| 2. <input type="checkbox"/> Estrato 2 | 5. <input type="checkbox"/> Estrato 5 | |
| 3. <input type="checkbox"/> Estrato 3 | 6. <input type="checkbox"/> Estrato 6 | |

- 2.10 La vivienda cuenta con servicios públicos de (SM)
1. Energía eléctrica
 2. Alcantarillado
 3. Gas natural conectado a red pública
 4. Teléfono
 5. Recolección de basuras
 6. Acueducto
 7. Ninguno
- 2.11 Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable?
1. Si
2. No
- 2.12 Actualmente vive en (SU)
1. Casa
 2. Apartamento
 3. Cuarto
 4. Institución pública (Pase a 3.1)
 5. Institución privada (Pase a 3.1)
 6. Calle (Pase a 3.1)
 7. Otro tipo de vivienda
- 2.13 ¿En qué condición posee la vivienda? (SU)
1. Arriendo o subarriendo
 2. Vivienda Propia y la está pagando
 3. Vivienda Propia totalmente pagada
 4. Vivienda de un familiar sin pagar arriendo
 5. Vivienda de un tercero sin pagar arriendo
 6. Otra condición

- 3.1 Por su condición de salud, presenta alteraciones Permanentes en: (SM)
1. El sistema nervioso
 2. Los ojos
 3. Los oídos
 4. Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)
 5. La voz, el habla
 6. El sistema cardiorrespiratorio, las defensas
 7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
 8. El sistema genital, urinario, reproductivo
 9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
 10. La piel, las uñas, el cabello
 11. Ninguno (Persona sin Discapacidad)
- 3.2. De las anteriores condiciones de salud ¿cuál es la que más le afecta?
- 3.2.1 De acuerdo a lo anterior, conoce usted el nombre del diagnóstico en salud:
-
- 3.3 ¿Hace cuántos años presenta esta alteración permanente?
- 3.3.1. ¿Hace cuántos meses presenta esta alteración permanente?
- 3.4 En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para: (SM)
1. Pensar, memorizar
 2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
 3. Oír, aun con aparatos especiales
 4. Distinguir sabores u olores
 5. Hablar y comunicarse
 6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
 7. Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
 8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
 9. Caminar, correr, saltar
 10. Mantener piel, uñas y cabellos sanos
 11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
 12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
 13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
 14. Alimentarse, asearse, vestirse por sí mismo
 15. Otra
 16. Ninguno (Pase a 3.6)
- 3.5 Incluya su discapacidad en las siguientes categorías: (SU)
1. Movilidad
 2. Sensorial Auditiva
 3. Sensorial Visual
 4. Sensorial Gusto-Olfato-Tacto
 5. Sistémica
 6. Mental Cognitivo
 7. Mental Psicosocial
 8. Voz y Habla
 9. Piel, Uñas y Cabello
 10. Enanismo
 11. No la sabe nombrar
 12. Múltiple
- 3.6 En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impidan desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía? (SM)
1. Familiares
 2. Amigos, compañeros
 3. Vecinos
 4. Funcionarios, empleados
 5. Otras personas
 6. Nadie
- 3.7 ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impidan desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía? (SM)
1. Dormitorio
 2. Sala - comedor
 3. Baño - sanitario
 4. Escaleras
 5. Pasillos - patios
 6. Andenes - aceras
 7. Calles, vías
 8. Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
 9. Paraderos, terminales de transporte
 10. Vehículos de transporte público
 11. Centros educativos
 12. Lugares de trabajo
 13. Centros de salud, hospitales
 14. Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
 15. Otros lugares
 16. Ninguno
- 3.8 ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente? (SM)
1. Medios escritos
 2. Radio
 3. Televisión
 4. Teléfono
 5. Internet
 6. Ninguno
- 3.9 ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?
1. Si
 2. No (Pase a 3.18)
- 3.10 Principalmente, su discapacidad es consecuencia de: (SU)
1. Condiciones de salud de la madre durante el embarazo (Pase a 3.18)
 2. Complicaciones durante el parto (Pase a 3.18)
 3. Enfermedad general (Pase a 3.18)
 4. Alteración genética, hereditaria (Pase a 3.18)
 5. Lesión autoinfligida (Pase a 3.18)
 6. Enfermedad profesional (Pase a 3.11)
 7. Consumo de psicoactivos (Pase a 3.12)
 8. Desastre natural (Pase a 3.13)
 9. Accidente (Pase a 3.14)
 10. Víctima de violencia (Pase a 3.15)
 11. Conflicto armado (Pase a 3.16)
 12. Dificultades en la prestación de servicios de salud (Pase a 3.17)
 13. Otra causa (Pase a 3.18)
- 3.11 Enfermedad profesional por: (SU) (Pase a 3.18)
1. Medio ambiente físico del lugar de trabajo
 2. Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)
 3. Contaminantes (químicos, biológicos)
 4. Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)
 5. Organización del trabajo (psicolaborales)
 6. Otra causa
- 3.12 Por consumo de psicoactivos: (SU) (Pase a 3.18)
1. Psicoactivos aceptados socialmente
 2. Psicoactivos socialmente no aceptados
- 3.13 Desastres naturales: (SU) (Pase a 3.18)
1. Terremoto
 2. Inundación
 3. Deslizamiento
 4. Otro desastre natural
- 3.14 Por accidente: (SU) (Pase a 3.18)
1. Del tránsito
 2. En el hogar
 3. En el centro educativo
 4. De trabajo
 5. Deportivo
 6. Otro tipo de accidente
- 3.15 Como víctima de violencia: (SU) (Pase a 3.18)
1. Al interior del hogar
 2. Delincuencia común
 3. Social
 4. Otra
- 3.16 Del conflicto armado por: (SU) (Pase a 3.18)
1. Arma de fuego
 2. Bomba
 3. Minas Antipersonales MAP
 4. Municiones sin Explotar MUSE
 5. Artefactos Explosivos Improvisados AEI
 6. Otro tipo de arma
- 3.17 Dificultades en la prestación de servicios de salud por: (SU)
1. Atención médica inoportuna
 2. Equivocaciones en el diagnóstico
 3. Formulación o aplicación equivocada de medicamentos
 4. Deficiencias en la calidad de la atención
 5. Otra
- 3.18 ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?
1. Si
 2. No
 3. No sabe
- 3.19 ¿En cuál país adquirió la discapacidad?:
- 3.20 ¿En cuál departamento adquirió la discapacidad?
- 3.21 ¿En cuál municipio adquirió la discapacidad?

- 4.1 ¿Su condición de discapacidad fue oportunamente diagnosticada?
- Si
 - No
- 4.2 ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?
- Si
 - No
- 4.3 ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año? (SM)
- Atención general en salud
 - Atención en salud por causa de su discapacidad
 - Ninguna
- 4.4 ¿Requiere atención en salud por causa de su discapacidad?
- Si
 - No
- 4.5 ¿Le ordenaron usar? (SM)
- Ayudas técnicas
 - Prótesis
 - Medicamentos
 - Ninguna
- 4.6 ¿Utiliza actualmente? (SM)
- Ayudas técnicas
 - Prótesis
 - Medicamentos
 - Ninguna
- 4.7 ¿Cree que aún necesita? (SM)
- Ayudas técnicas
 - Prótesis
 - Medicamentos
 - Ninguna
- 4.8 ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona para realizar las actividades de su vida diaria?
- Si
 - No (Pase a 4.10)
- 4.9 ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades de la vida diaria? (SU)
- Algún miembro del hogar
 - Persona externa no empleada
 - Persona externa empleada para ayudarlo
 - Otra
- 4.9.1. ¿Sexo de la persona que más le ayuda a desarrollar sus actividades de la vida diaria?
- Hombre
 - Mujer
- 4.10 ¿Se está recuperando de su discapacidad?
- Si
 - No (Pase a 4.12)

- 4.11 Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación? (SU)
- A los servicios de salud y rehabilitación recibidos
 - Al apoyo de la familia
 - A su empeño por salir adelante
 - A la ayuda de Dios
 - A la acción de la medicina alternativa
 - Otro
- 4.12 ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron? (SM)
- Medicina física y de rehabilitación
 - Psiquiatría
 - Fisioterapia
 - Fonoaudiología
 - Terapia ocupacional
 - Optometría
 - Psicología
 - Trabajo social
 - Medicamentos permanentes
 - Otro tipo de rehabilitación
 - Ninguno (Pase a 4.16)
- 4.13 ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?
- Si
 - No (Pase a 4.16)
- 4.14 ¿Quién paga la rehabilitación? (SU)
- El sistema general de salud
 - La familia
 - Personalmente
 - Una ONG
 - El empleador
 - Otro
- 4.15 El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es: (SU)
- Público (Pase a 5.1)
 - Privado (Pase a 5.1)
 - No sabe (Pase a 5.1)
- 4.16 ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación? (SU)
- Ya terminó el servicio de rehabilitación
 - Cree que ya no lo necesita
 - No le gusta
 - Falta de dinero
 - El centro de atención queda muy lejos
 - No hay quién lo lleve
 - No ha sido autorizado por el asegurador
 - No sabe
- 4.17 ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación?
- 4.17.1 ¿Y cuántos meses lleva sin recibir servicio de rehabilitación?
- 4.18 ¿Sabe si el municipio cuenta con servicio de rehabilitación?
- Si
 - No

CAPITULO V. EDUCACIÓN: Para personas de 3 años y más

- 5.1 ¿Sabe leer y escribir? (Sólo para personas de 5 años y más)
- Si
 - No
- 5.2 ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo?
- Si
 - No (Pase a 5.6)
- 5.3 ¿El establecimiento donde estudia es: ? (SU)
- Público
 - Privado
- 5.4 Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento Cuenta con servicios de apoyo: (SM)
- Pedagógicos
 - Tecnológicos
 - Terapéuticos
 - Comunicativos
 - Administrativos
 - Financieros
 - Ninguno
- 5.5 ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?
- Si (Pase a 5.7)
 - No (Pase a 5.7)

- 5.6 ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia? (SU)
- Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar
 - Costos educativos elevados o falta de dinero
 - Por falta de tiempo
 - No aprobó el examen de ingreso
 - Falta de cupos
 - No existe centro educativo cercano
 - Necesita trabajar
 - No le gusta o no le interesa el estudio
 - Perdió el año o fue expulsado
 - Su familia no quiere que estudie
 - Por su discapacidad
 - Otra razón
- 5.7 ¿Cuál fue el último nivel y grado de educación que aprobó? (SU)
- Preescolar 1 2 3
 - Básica primaria 1 2 3 4 5
 - Básica secundaria 6 7 8 9 10 11 12
 - Técnico o Tecnológico 1 2 3
 - Universitario 1 2 3 4 5 6
 - Postgrado 1 2 3 4 5
 - Ninguno 0 (Pase a 5.11)
- 5.8 ¿Hace cuántos años?

4 CAPITULO V. EDUCACIÓN: Para personas de 3 años y más - Continuación

5.9 Repitió algún año escolar? (Desde primero de primaria a grado Doce de bachillerato)

1. Si

2. No (Pase a 5.10)

5.9.1 Qué grado y cuántas veces:

Grado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
No. de veces												

5.10 ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?

1. Si

2. No

5.11 Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando ¿lo haría?

1. Si

2. No

CAPITULO VI. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS

6.1 Participa en actividades: (SM)

- Con la familia y amigos
- Con la comunidad
- Religiosas o espirituales
- Productivas
- Deportivas o de recreación
- Culturales
- Educación para el trabajo y desarrollo humano
- Ciudadanas
- Otras
- Ninguna

6.2 ¿Actualmente participa en alguna organización? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. Si (Pase a 6.4)

2. No

6.3 Señale la razón por la cual no participa en ninguna organización: (SU) (Sólo para personas de 10 años y más)

- Falta de dinero
- Falta de tiempo
- No existe o no la conoce
- Siente rechazo u obstaculación
- Por su discapacidad
- No cree en ellas
- Sus principios o creencias se lo impiden
- Prefiere resolver sus problemas sólo
- Otra

6.4 ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad? (Sólo para personas de 10 años y más)

1. Si

2. No

CAPITULO VII. TRABAJO: Para personas de 10 años y más

7.1 Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente: (SU) (Aplica para personas de 3 años y más)

- Trabajando
- Buscando trabajo (Pase a 7.5)
- Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión (Pase a 7.5)
- Incapacitado permanente para trabajar - con pensión (Pase a 7.5)
- Estudiando (Pase a 7.5)
- Realizando oficios del hogar (Pase a 7.5)
- Recibiendo renta (Pase a 7.5)
- Pensionado - jubilado (Pase a 7.5)
- Realizando actividades de autoconsumo (Pase a 7.5)
- Otra actividad (Pase a 7.5)

7.2 Usted tiene contrato de trabajo: (SU)

- A término fijo
- A término indefinido
- Sin contrato

7.3 La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con: (SU)

- Industria
- Comercio
- Agrícola
- Pecuaria
- Servicios
- Otra actividad

7.4 En el trabajo se desempeña como: (SU)

- Empleado del gobierno
- Empleado particular
- Jornalero o peón
- Patrón o empleador
- Trabajador por cuenta propia
- Empleado(a) doméstico(a)
- Trabajador familiar sin remuneración

7.5 ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?

1. Si

2. No

7.6 ¿Cuál es su ingreso mensual promedio? (SU)

- Sin Ingreso
- Menos de \$500.000,00
- De \$ 500.001,00 a \$1'000.000,00
- De \$1'000.001,00 a \$1'000.000,00
- De \$1'000.001,00 a \$2'000.000,00
- De \$2'000.001,00 a \$2'000.000,00
- Más de \$2'500.000,00
- No Informa

7.7 Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?

1. Si

2. No (Pase a 7.9)

7.8 ¿Dónde recibió la capacitación? (SU)

- SENA
- Otra institución pública
- Una institución privada

7.9 Necesita capacitación para: (SU)

- Mejorar su actividad productiva
- Cambiar de actividad productiva
- No necesita capacitación

CAPITULO VIII. DATOS DE QUIEN REALIZA EL REGISTRO

8.1 Tipo de Identificación

- CC Cédula de ciudadanía
- CE Cédula de extranjería
- PA Pasaporte
- CD Carnet diplomático

8.2 Número de identificación

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8.3 Primer Apellido

8.4 Segundo Apellido

8.5 Primer Nombre

8.6 Segundo Nombre

8.7 Departamento donde se realiza el registro

8.8 Municipio donde se realiza el registro

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8.9 Nombre Unidad Generadora de Dato (UGD)

8.10 Fecha de Registro

AAAA

--	--	--	--

 MM

--	--

 DD

--	--

Observaciones _____

Autorizo al Ministerio de Salud y Protección Social entregar la información de este formulario, con fines de planificación a favor de la población con discapacidad: SI _____ NO _____