

# I. LOCALIZACION Y VIVENDA

**DISCAPACIDAD**

INGRESO | **I. LOCALIZACION** | II. IDENTIFICACION | III. CARACTERIZACION | III. ORIGEN | IV. SALUD | IV. SALUD | V. EDUCACION | VI. Y VII.

Formulario

Departamento  
Codigo

Municipio  
Codigo

Consecutivo  Encuesta

1. Fecha de registro  
Dia  Mes  Año

4. Área  
 **Cabecera**

5. Dirección

6. Nombre del centro poblado, barrio:

7. ¿Cual es el estrato de la vivienda?  
 **Estrato 2**

8. La vivienda cuenta con servicios de:

- 1. Energía eléctrica
- 2. Alcantarillado
- 3. Gas natural
- 4. Telefono
- 5. Recolección de basuras
- 6. Acueducto
- 7. Ninguno

9. Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable?  
 **Si**

10. Actualmente vive en:  
 **Casa**

11. ¿ En qué condicion posee la vivienda?  
 **Ariendo o subarriendo**

 **USUARIOS**  **GUARDAR**  **CANCELAR**  **SALIR**

Formulario

Departamento  
Codigo

Municipio  
Codigo

Encuesta

1. Fecha de registro

Día  Mes  Año

4. Area

**Cabecera**

5. Dirección

6. Nombre del centro poblado. barrio:

7. ¿Cual es el estrato de la vivienda?

**Estrato 2**

8. La vivienda cuenta con servicios de:

1. Energia eléctrica

2. Alcantarillado

3. Gas natural

4. Telefono

5. Recolección de basuras

6. Acueducto

7. Ninguno

9. Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable?

**Si**

10. Actualmente vive en:

**Casa**

11. ¿ En qué condición posee la vivienda?

**Arriendo o subarriendo**

#### IDENTIFICACIÓN

12. Nombre y apellidos

13. Documento de identidad

**T.I.**

14. Numero de documento

15. Sexo

**HOMBRE**

16. Fecha de nacimiento

Día  Mes  Año

17. ¿ Cuantos años cumplidos tiene?

40

18. Actualmente vive

1 Solo

19. Cuantas personas conforman este hogar

01

20. Cuantas de ellas presentan discapacidad

01

21. ¿ Actualmente tiene personas a cargo?

1 Si

22. Número de personas a cargo menores de 12 años:

01

23. Número de personas a cargo mayores de 60 años

01

24. ¿Recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar

1 Si

25. Es beneficiario de programas de:

1 Protección

26. De acuerdo con sus costumbres y tradiciones se considera:

**Negro(a), afrodescendiente**

#### CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

27. Por su condición de salud, presenta ALTERACIONES PERMANENTES en:

- 1. El sistema nervioso
- 2. Los ojos
- 3. Los oídos
- 4. Los demás órganos de los sentidos
- 5. La voz y el habla
- 6. El sistema cardiorrespiratorio y las defensas
- 7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
- 8. El sistema genital y reproductivo
- 9. El movimiento del cuerpo, manos brazos, piernas
- 10. La piel
- 11. Otra
- 12. Ninguna

28. De las anteriores condiciones de salud ¿Cuál es la que más le afecta?

11

29. ¿Hace cuántos años presenta esta condición de salud?

11

30. En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

- 1. Pensar, Memorizar
- 2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes
- 3. Oír, aun con aparatos especiales
- 4. Distinguir sabores u olores
- 5. Hablar y comunicarse
- 6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios
- 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 demas personas y el entorno
- 12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
- 13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
- 14. Alimentarse, asearse y vestirse por si mismo
- 15. Otra
- 16. Ninguna

31. En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía?

- 1. Familiares
- 2. Amigos, compañeros
- 3. Vecinos
- 4. Funcionarios, empleados
- 5. Otras personas
- 6. Nadie

32. ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?

- 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

33. ¿Cuales medios de comunicación utiliza habitualmente?

- 1. Medios escritos
- 2. Radio
- 3. Televisión
- 4. Telefono
- 5. Internet
- 6. ninguno

34. ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?

1 **Si**

35. Principalmente, su discapacidad es consecuencia de:

11 **Conflicto armado**

36. Enfermedad profesional por:

37. Por consumo de psicoactivos:

38. Desastres naturales

39. Por accidente

40. Como víctima de violencia

41. Del conflicto armado por:

1 **Arma de fuego**

42. Dificultades en la prestación de servicios de salud por:

43. ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?

1 **Si**

44. ¿En cual departamento adquirió la discapacidad?

11

45. ¿En cuál municipio adquirió la discapacidad?

001

46. ¿Esta afiliado a salud?

1 **Si**

47. ¿Cual es el tipo de afiliación?

**Contributivo**

48. ¿A cual entidad esta afiliado?

49. ¿Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada?

**Si**

50. ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?

**Si**

51. ¿Ha recibido atención general en salud, en el ultimo año?

**Si**

52. ¿Le ordenaron usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?

**Si**

53. ¿Utiliza actualmente ayudas especiales, protesis o medicamentos permanentes?

**Si**

54. ¿Cree que aún necesita de ayudas especiales, protesis o medicamentos?

**Si**

55. ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona?

**Si**

56. ¿Cual es la persona que mas le ayuda para desarrollar sus actividades?

**Algún miembro del hogar**     **Hombre**

57. ¿Se está recuperando de su discapacidad?

**Si**

58. Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación?

**1 A los servicios de salud y reha**

59. ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron?

- 1. Medicina física y de rehabilitación
- 2. Psiquiatría
- 3. Fisioterapia
- 4. Fonoaudiología
- 5. Terapia ocupacional
- 6. Optometría
- 7. Psicología
- 8. Trabajo social
- 9. Medicamentos permanentes
- 10. Otro tipo de rehabilitación
- 11. Ninguno pase a 63

60. Actualmente esta asistiendo al servicio de rehabilitación?

**1 Si**

61. ¿Quién paga la rehabilitación?

**1 El sistema general de salud**

62. El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es:

**1 Público**

63. ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación?

64. ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación?

65. ¿Sabe si el municipio cuenta con servicios de rehabilitación?

## EDUCACIÓN

66. ¿Sabe leer y escribir?

**1** Si

67. ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo?

**1** Si

68. El establecimiento en donde estudia, es:

**1** Público

69. Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento cuenta con servicios de apoyo:

**1** 1. Pedagógicos

2. Tecnológicos

3. Terapéuticos

4. Ninguno

70. ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?

71. ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia?

72. ¿Cuál fue el último año escolar que aprobó?

Escolaridad

73. ¿Hace cuántos años?

11

74. Repitió algún año escolar, cuántas veces:

	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º
No de veces	1	1									

75. ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?

1 Si

76. Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando, ¿lo haría?

1 Si

PARTICIPACIÓN

77. Participa en actividades:

- 1. Con la familia y amigos
- 2. Con la comunidad
- 3. Religiosas o espirituales
- 4. Productivas
- 5. Deportivas o de recreación
- 6. Culturales
- 7. Educación no formal
- 8. Ciudadanas
- 9. Otras
- 10. Ninguna

78. ¿Actualmente participa en alguna organización?

**Si**

79. Señale la razón principal por la cual no participa en ninguna organización:

80. ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad?

**Si**

81. Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente:

82. Usted tiene contrato de trabajo

**A término fijo**

83. La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con:

**Industria**

84. En el trabajo se desempeña como:

**Obrero - empleado del gobiern**

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

**Si**

86. ¿Cuál es su ingreso mensual promedio?

\$

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

**Si**

88. ¿Dónde recibió la capacitación?

**SENA**

89. Necesita capacitación para:

**Mejorar su actividad productiv**