HOJA DE PRIMER CONTACTO
H.P.C.

1 Caso #

2 Dispositivo Comunitario: _____

3 Lugar donde se contactó:
Localidad: _____ UPL: _____
Barrio: _____ UPZ: _____

4 Fecha de Contacto: Día | Mes | Año

5 Hora: (HH : MM)

6 Forma de contacto
- ☐ Institución
- ☐ En la casa de la persona
- ☐ En la calle
- ☐ Por teléfono
- ☐ Otro ¿Cuál? _____

7 ¿Qué tipo de contacto es?
- ☐ Primer contacto
- ☐ Seguimiento
- ☐ Cierre de caso

8 ¿Quién es la fuente de información?
Nombre y apellido: _____ Edad: _____
Teléfono: _____ Correo E: _____
Género: F ☐ M ☐ O ☐ ¿Cuál? _____

Vínculo con la persona
- ☐ Es la misma
- ☐ Familiar ☐ Amigo ☐ Conocido
- ☐ Integrante de una institución
- ☐ Integrante de un colectivo
- ☐ Otro ¿Cuál? _____

9 Datos del beneficiario
Nombre y Apellido: _____
Fecha de nacimiento: Día Mes Año Dirección: _____
Género: F ☐ M ☐ O ☐ Teléfono: _____
¿Cuál? _____ Característica: Migración ☐ Discapacidad ☐
Número de procesos de atención individual en los que ha participado:

10 Estado civil:
- ☐ Soltero(a)
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Unión libre
- ☐ Viudo(a)
- ☐ Casado(a)
- ☐ Otro

¿Cuál? _____

11 Número de hijos(as): _____

12 Pertenencia a grupo étnico
Sí ☐ No ☐
¿Cuál? _____

13 Ha recibido en algún momento apoyo para la salud mental?:
- ☐ No nunca
- ☐ Si, en algún momento
- ☐ Actualmente me encuentro con apoyo a la salud mental

Alimentación:
- ☐ Consume 3 o más alimentaciones al día
- ☐ Consume 2 o menos alimentaciones al día

14 Persona de apoyo Sí ☐ No ☐
Nombre: _____
Teléfono: _____
Tipo de vínculo: _____

15 Hogar / ¿Con quién vive?
- ☐ Padres (Papá y Mamá)
- ☐ Otros familiares (Familia extensa)
- ☐ Vive solo (a)
- ☐ Vive con pareja
- ☐ Vive con hijos (as)
- ☐ Otro

¿Cuál? _____

16 Escolaridad — Sabe leer y escribir: Sí ☐ No ☐

Primaria:	☐ Completa	☐ Incompleta
Secundaria:	☐ Completa	☐ Incompleta
Técnica o tecnología:	☐ Completa	☐ Incompleta
Pofesional:	☐ Completa	☐ Incompleta
Posgrado:	☐ Completa	☐ Incompleta

17 ¿Sabe usar un computador? Sí ☐ No ☐

18 Ocupación
- ☐ No tiene
- ☐ Estudiante
- ☐ Trabajo formal
- ☐ Trabajo informal
- ☐ Emprendimiento propio
- ☐ Nunca ha trabajado
- ☐ Otro ¿Cuál? _____

19 Redes con las que cuenta
- Sí ☐ No ☐ Cuenta con el apoyo de su familia
- Sí ☐ No ☐ Cuenta con el apoyo de un amigo
- Sí ☐ No ☐ Cuenta con apoyo por parte de la comunidad donde vive o se desenvuelve la mayor parte del tiempo
- Sí ☐ No ☐ Recibe apoyo de una institución pública
- Sí ☐ No ☐ Recibe apoyo de otro actor social
  ¿Cuál? _____

20 Tiempo de recreación y Ocio
- ¿Practica algún deporte o pasatiempo? Sí ☐ No ☐
- ¿Cuenta con tiempo para dedicarse a la recreación y el ocio? Sí ☐ No ☐
- ¿Cuánto tiempo al día? _____

21 Participación
¿Conoce los espacios de participación en su comunidad? Sí ☐ No ☐
¿Ha participado en las decisiones comunitarias locales o municipales de alguna manera? Sí ☐ No ☐

22 Situaciones presentes al momento de este contacto
- ☐ Problemas de convivencia
- ☐ Uso de sustancias psicoactivas legales
- ☐ Uso de sustancias psicoactivas ilegales
- ☐ Uso de sustancias vía intravenosas
- ☐ Violencia intrafamiliar
- ☐ Violencia comunitaria
- ☐ Trabajo sexual
- ☐ Trata de personas
- ☐ Problemas con la Justicia
- ☐ Pobreza extrema
- ☐ Dificultaes económicas
- ☐ Sin empleo u ocupación
- ☐ Habita la calle de forma permanente
- ☐ Habita la calle de forma transitoria
- ☐ Malos resultados o deserción escolar
- ☐ Discriminación
- ☐ Falta de capacitación
- ☐ Analfabetismo
- ☐ Desplazamiento forzado
- ☐ Población Migrante
- ☐ Embarazo / Parto
- ☐ Enfermedades
- ☐ VIH / SIDA
- ☐ Hepatitis
- ☐ Otras ETS
- ☐ Condición Psiquiátrica
- ☐ Crisis psicológica
- ☐ Transtorno de estrés postraumático
- ☐ Discapacidad
- ☐ Problemas de hambre por escasez de alimentos
- ☐ Prefiere realizar actividades en compañía
- ☐ Prefiere realizar actividades solo

Otro ¿Cuál? _____

Red Comunitaria Kennedy Sin Trabas — Salud Inclusiva
Universidad Distrital Francisco José de Caldas — OFEX Oficina de Extensión
Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. — Alcaldía Local de Kennedy — Bogotá

23 Peticiones

- ☐ Consejo u orientación
- ☐ Apoyo psicosocial
- ☐ Derivación a otros servicios
- ☐ Apoyo económico
- ☐ Acceso a servicios de Justicia
- ☐ Conciliación o mediación
- ☐ Participación en eventos
- ☐ Formación o capacitación
- ☐ Ocupación o trabajo
- ☐ Lugar de acogida temporal
- ☐ Cuidado de niños (as)
- ☐ Información general
- ☐ Integración de la comunidad
- ☐ Participación en equipo operativo
- ☐ Apoyo escolar
- ☐ Visita familiar
- ☐ Cuidados médicos
- ☐ medicamentos
- ☐ Atención médica inmediata
- ☐ Proceso de tratamiento interno
- ☐ Alimentación
- ☐ Higiene o ropa limpia
- ☐ Apoyo en trámites con otras instituciones
- ☐ Otro ¿Cuál? _____

24 Tiene seguimiento individual? Sí ☐ No ☐

25 Descripción del caso

_____

RED COMUNITARIA KENNEDY SIN TRABAS

26 Datos de quien lo diligenció:

Rol: _____ Nombre y apellido: _____ Teléfono: _____