



Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia
Avenida Central del Norte
Segundo Piso Edificio Administrativo
PBX: 7405626 Extensiones: 2582- 2558
Telefono: (8) 7425269 Línea 24 horas Celular: 317 5140358

DECLARATORIA DE SALUD

No. 169

		C		B1		B2		B3		B4					
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1. Tipo de registro															
2. Consecutivo del registro dentro del archivo															
3. Tipo de identificación del usuario RC = Registro Civil TI = Tarjeta De Identidad CE = Cedula De Extranjeria CC = Cedula De Ciudadania PA = Pasaporte MS = Menor Sin Identificación AS = Adulto Sin Identificación CD = Carnet Diplomático															
4. Número de identificación del usuario		C		B1		B2		B3		B4					
5.			6.			7.									
C: Primer Apellido		Segundo Apellido				Nombres									
B1: Primer Apellido		Segundo Apellido				Nombres									
B2: Primer Apellido		Segundo Apellido				Nombres									
B3: Primer Apellido		Segundo Apellido				Nombres									
B4: Primer Apellido		Segundo Apellido				Nombres									
9. Nivel Educativo 1 = Preescolar 2 = Básica Primaria 3 = Básica Secundaria 4 = Media Académica o Clásica 5 = Media Técnica (Bachillerato Técnico) 6 = Normalista 7 = Técnica Profesional 8 = Tecnológica 9 = Profesional 10 = Especialización 11 = Maestría 12 = Doctorado 13 = Ninguno															
10. Pertenencia Etnica 1 = Indígena 2 = ROM (gitano) 3 = Raizal (archipelago de San Andrés y Providencia) 4 = Palanquero de San Basilio 5 = Negro(a), Mulato(a) Afrocolombiano(a) o Afro descendiente 6 = Ninguno de los anteriores															
1. Tipo de registro															
11. Código del municipio de residencia habitual								12. Zona de residencia habitual		1. Rural		2. Urbana			
13. Dirección de residencia															
14. ¿El material predominante con el cual esta construida su vivienda en las paredes exteriores es? 0 = Sin paredes 1 = Bloque ladrillo, piedra, madera pulida 2 = Tapia pisada, adobe 3 = Bahareque 4 = Material prefabricado 5 = Madera burda, tabla tablon 6 = Guadua caña, esterilla, otros vegetales 7 = Zinc, tela, carton, latas, desechos plasticos															
15. ¿El material predominante con el cual están contruidos los pisos de su vivienda es? 1 = Alfombra, mármol, parqué, madera pulida 2 = Baldosa vinilo, tableta o ladrillo 3 = Cemento o gravilla 4 = Madera burda, madera en mal estado, tabla o tablon 5 = Tierra o arena 6 = Otro															
16. ¿En su vivienda cuenta con servicio público de acueducto y alcantarillado?		SI		NO		17. ¿En su vivienda cuenta con servicio publico de aseo?		SI		NO					
18. ¿En su vivienda cuenta con servicio público de energia?		SI		NO		19. ¿En su vivienda cuenta con servicio público de gas natural?		SI		NO					
20. ¿Cuanto tiempo habra tardado en dormirse normalmente, las noches del último mes?				1 = Menos de 15 min 2 = Entre 16-30 min				3 = Entre 31-60 min 4 = Más de 60 min							
21. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de no poder conciliar el sueño en la primera media hora?				0 = Ninguna vez en el último mes 1 = Menos de una vez a la semana				2 = Una o dos veces a la semana 3 = Tres o más veces a la semana							
22. En general, diria usted que su salud en los últimos 30 dias ha sido				0 = No sabe 1 = Muy buena				2 = Buena 3 = Regular				4 = Mala 5 = Muy mala			
23. Comparando su salud actual con la de hace un año, ¿Usted diria que ahora está mejor, igual o peor?				0 = No sabe 1 = Mejor				2 = Igual 3 = Peor							
24. En comparación con otras personas de su edad, ¿Diria usted que su salud está mejor, igual o peor?				1 = Mejor 2 = Igual				3 = Peor							
HABITOS DE VIDA															
25. Fecha de identificación del Riesgo		DIA		MES				AÑO							
26. Habito de fumar		0 = Nunca ha fumado 1 = Actualmente fuma				2 = Fuma ocasionalmente 3 = Es ex-fumador (dejó de fumar hace más de seis meses)									
27. Consumo de alcohol		0 = Nunca ha consumido bebidas alcoholicas 1 = Habitualmente consume bebidas alcohólicas (más de 1 vez al mes)				2 = Ocasionalmente consume bebidas alcohólicas (Menos de 1 vez al mes) 3 = Es ex - bebedor (dejó de consumir bebidas alcohólicas hace 1 año o más)									
28. Practica algún deporte, ejercicio físico o actividad recreativa vigorosa durante al menos 10 minutos seguidos al día															
29. Frecuencia con la que se agrega sal a la comida antes de comer o al momento de comer		0 = Nunca 1 = Siempre		2 = Dos veces o mas al día 3 = Una vez al día		4 = Dos o cuatro veces por semana 5 = Una vez por semana		6 = Menos de una vez por mes							
30. Frecuencia de consumo de Frutas y verduras		0 = Nunca 1 = 1 vez por semana		2 = Entre 2 y 3 veces por semana 3 = Más de 4 veces por semana		31. Sabe o conoce sobre los antecedentes médicos familiares de: (padres, hermanos, abuelos, tíos)				SI		NO			
32. Presencia actual o histórica de Enfermedad cardiaca y accidente cerebrovascular en la familia (padres, hermanos, abuelos, tíos)				SI		NO		33. Presencia actual o historica de Tensión o presión alta en a familia (padres, hermanos, abuelos, tíos)				SI		NO	
34. Presencia actual o historica de Enfermedad Renal en la familia (padres, hermanos, abuelos, tíos)				SI		NO		35. Presencia actual o historica de Diabetes en la familia (padres, hermanos, abuelos, tíos)				SI		NO	
34. Presencia actual o historica de Enfermedad Renal en la familia (padres, hermanos, abuelos, tíos)				SI		NO		35. Presencia actual o historica de Diabetes en la familia (padres, hermanos, abuelos, tíos)				SI		NO	
36. Presencia actual o histórica de Cáncer o cualquier tumor maligno en la familia (padres, hermanos, abuelos, tíos)				SI		NO		37. Presencia actual o historica de Hemofilia en la familia (padres, hermanos, abuelos, tíos)				SI		NO	
38. Presencia actual o histórica de Glaucoma en la familia (padres, hermanos, abuelos, tíos)				SI		NO									

