

	PROCESO	Gestión de la Afiliación PROGAFI - Area Afiliación ARAFI
	Formato	Formulario de Encuesta del Estado de Salud Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares DIGSA
	Código	MDN-COGFM-PROGAFI-DIGSA-FU.95.1-14
	Vigente	Marzo de 2024

ANTES DE DILIGENCIAR LA PRESENTE ENCUESTA, LEA CUIDADOSAMENTE

Apellidos y Nombres Completos del Afiliado/Beneficiario		No. Identificación	No. Solicitud Afiliación

Diligencie la presente encuesta conforme lo dispone el Núm 1 Art. 3 del Acuerdo 013 del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional a fin de establecer grupos de alto riesgo y desarrollar programas en prevención y promoción de la salud.

ENCUESTA DECLARACIÓN DEL ESTADO DE SALUD				
1 ANTECEDENTES INDIVIDUALES				
1.1	¿Ha sufrido o sufre de alguna de las siguientes enfermedades			
	Hipertensión	SI ☐ NO ☐	Enfermedades pulmonares	SI ☐ NO ☐
	Diabetes	SI ☐ NO ☐	Epilepsia o convulsiones	SI ☐ NO ☐
	Obesidad	SI ☐ NO ☐	Enfermedad mental o psiquiátrica	SI ☐ NO ☐
	Enfermedades cardíacas	SI ☐ NO ☐	Enfermedad renal crónica	SI ☐ NO ☐
	Cáncer	SI ☐ NO ☐	Hemofilia	SI ☐ NO ☐
	¿Tiene alguna enfermedad no relacionada anteriormente?		SI ☐ NO ☐	
	¿Cuál? _____			
	¿Padece algún tipo de discapacidad?		0=SI ☐ 1=NO ☐	
	¿Cuál? _____			
1.2	¿Actualmente presenta alguno de los siguientes síntomas?			
	Dolor en los dientes	SI ☐ NO ☐	Dificultad para abrir la boca	SI ☐ NO ☐
	Inflamación en la cara	SI ☐ NO ☐	Fractura dental	SI ☐ NO ☐
	Sangrado de las encías	SI ☐ NO ☐		
2 HÁBITOS				
2.1	Hábito de Fumar	0 = Nunca ha fumado ☐ 1 = Actualmente fuma ☐ 2 = Fuma ocasionalmente ☐ 3 = Es ex fumador (Hace más de 6 meses) ☐		
2.2	Consumo de Alcohol	0 = Nunca ha consumido bebidas alcohólicas ☐ 1 = Habitualmente consume (Más de 1 vez al mes) ☐ 2 = Ocasionalmente consume (Menos de 1 vez al mes) ☐ 3 = Es ex bebedor (Hace más de 1 año o más) ☐		
2.3	¿Su trabajo exige actividad física intensa que implique aceleración importante de la respiración o el ritmo cardíaco como entrenamiento, correr, levantar pesas, durante al menos 10 minutos consecutivos?		0 = NO ☐ 1 = SI ☐	
2.4	¿Cuántos días a la semana realiza actividades físicas intensas en su trabajo?	0 = No realiza actividad física ☐ 1 = Un día a la semana ☐ 2 = Dos días a la semana ☐ 3 = Tres días o más ☐ 4 = Todos los días de la semana ☐		
2.5	¿Con qué frecuencia practica algún tipo de actividad física en su tiempo libre?	0 = No realiza actividad física ☐ 1 = Un día a la semana ☐ 2 = Dos días a la semana ☐ 3 = Tres días o más ☐ 4 = Todos los días de la semana ☐		
2.6	¿Camina o usa bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	0 = Nunca ☐ 1 = SI ☐		
2.7	¿En su tiempo libre, practica deportes/fitness intensos que implican aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco como correr o jugar fútbol durante al menos 10 minutos consecutivos?	0 = Nunca ☐ 1 = SI ☐		
2.8	¿Cuántos días a la semana practica deportes/fitness intensos en su tiempo libre?	0 = No realiza deportes fitness ☐ 1 = Un día a la semana ☐ 2 = Dos días a la semana ☐ 3 = Tres días o más ☐ 4 = Todos los días de la semana ☐		
2.9	¿Pertenece o asiste a grupos que implementen hábitos de vida saludable?	0 = Nunca ☐ 1 = SI ☐		
2.10	¿Cuantos días a la semana consume frutas?	0 = No consume frutas ☐ 1 = Un día a la semana ☐ 2 = Dos días a la semana ☐ 3 = Tres días o más ☐ 4 = Todos los días de la semana ☐		
2.11	¿Cuantas porciones de frutas consume en uno de esos días?	0 = Una porción al día ☐ 1 = Dos porciones al día ☐ 2 = Más de dos porciones al día ☐		

	PROCESO	Gestión de la Afiliación	
	Formato	Formulario de Encuesta del Estado de Salud Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares DIGSA	
	Código	MDN-COGFM-PROGAFI-DIGSA-FU.95.1-14	
	Vigente	Febrero de 2024	

Apellidos y Nombres Completos del Afiliado/Beneficiario		No. Identificación	No. Solicitud Afiliación	
2.12	¿Cuántos días a la semana consume verduras?	0 = No consume verduras 1 = Un día a la semana 2 = Dos días a la semana 3 = Tres días o más 4 = Todos los días de la semana	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
2.13	¿Cuántas porciones de verdura consume en uno de esos días?	0 = Una porción al día 1 = Dos porciones al día 2 = Más de dos porciones al día	☐ ☐ ☐	
2.14	¿Qué tipo de aceite o grasa se utiliza generalmente en su casa para preparar la comida?	Mantequilla Manteca Aceite	☐ ☐ ☐	
2.15	¿Cuántas comidas por semana consume alimentos que no fueron preparados en casa? Comidas implica desayuno, almuerzo y cena	0 = No consume alimentos fuera de casa 1 = Una comida a la semana 2 = Dos comidas a la semana 3 = Tres comidas o más a la semana 4 = Todos los días de la semana	☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
3 ENTORNO SOCIAL				
3.1	¿Ha vivido episodios de violencia intrafamiliar?	0=SI ☐ 1=NO ☐		
3.2	¿Ha vivido episodios de violencia sexual?	0=SI ☐ 1=NO ☐		
4 SÓLO PARA MUJERES				
4.1.	¿Le han practicado la citología vaginal durante los últimos 12 meses?	0=SI ☐ 1=NO ☐		
4.2	¿Le han practicado la mamografía durante los últimos 12 meses?	0=SI ☐ 1=NO ☐		
4.3	¿Se encuentra en estado de embarazo?	0=SI ☐ 1=NO ☐		
5 ANTECEDENTES FAMILIARES				
5.1	¿Algún miembro de su familia ha sufrido o sufre alguna de las siguientes enfermedades?			
	Hipertensión	SI ☐ NO ☐	Cáncer	SI ☐ NO ☐
	Diabetes	SI ☐ NO ☐	Enfermedad renal	SI ☐ NO ☐
	Enfermedades cardíacas	SI ☐ NO ☐	Enfermedades congénitas o hereditarias	SI ☐ NO ☐
	¿Alguna enfermedad no relacionada anteriormente?		SI ☐ NO ☐	
	¿Cuál? _____			
6 FACTORES DE RIESGO COMUNITARIO				
6.1	Su vivienda cuenta con todos los servicios básicos			
	Acueducto	SI ☐ NO ☐	Energía eléctrica	SI ☐ NO ☐
	Alcantarillado	SI ☐ NO ☐	Gas	SI ☐ NO ☐
	Aseo	SI ☐ NO ☐	Recolección de basuras	SI ☐ NO ☐
6.2	¿Su vivienda esta ubicada en área rural o urbana? 0 = Rural ☐ 1 = Urbana ☐			

Declaro que la información consignada en este documento es veraz, en consecuencia cualquier omisión será considerada como un riesgo para el manejo de nuestra salud.

Apellidos y Nombres Declarante

Firma y No. Documento

Ciudad y Fecha

INSTRUCCIONES GENERALES DE DILIGENCIAMIENTO

1. Antecedentes Individuales: Diligencie los puntos 1.1. y 1.2. marcando con una X de acuerdo a los ítems descritos. En caso de no estar relacionado el ítem que Usted considere, descríbalos en el campo correspondiente.
2. Hábitos: Diligencie los puntos 2.1. a 2.15 marcando una X según corresponda de acuerdo a las preguntas planteadas.
3. Entorno Social: Diligencie los puntos 3.1. a 3.2. marcando con una X el campo correspondiente de acuerdo a las preguntas planteadas.
4. Sólo para Mujeres: Diligencie los puntos 4.1. a 4.3. marcando con una X el campo correspondiente de acuerdo a las preguntas planteadas.
5. Antecedentes Familiares: Diligencie marcando con una X de acuerdo a los ítems descritos. En caso de no estar relacionado el ítem que Usted considere, descríbalos en el campo correspondiente.
6. Factores de Riesgo Comunitario: Diligencie marcando con una X de acuerdo a los ítems descritos.