|  |
| --- |
|  Fecha:  |
| Nombre del establecimiento comercial: |
| Dirección: Barrio: Teléfono: |
| Cuántas familias se sostienen de este establecimiento: Propio: Arriendo: |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la persona visitada  |  |
| Dirección de domicilio |  | Teléfono: |  |
| Tipo de vivienda | Casa: | Albergue: | Inquilinato: | Apartamento: |
| Nombre del barrio: |
| La vivienda donde habita es: | Propia: | Arriendo: | Familiar: |
| Cuántas familias habitan en esta vivienda: |
| Número de habitaciones: | Número de dormitorios (cama):  |
| Número personas habitan en la vivienda: | Número de hijos: | No tiene hijos: |
| Quien toma las decisiones familiares:  | Pareja:  | Padre:  | Madre: | Hijos  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Usted ha sido víctima del conflicto armado? | **SI** | **NO** |
| ¿Usted ha sido víctima del desplazamiento forzado? | **SI** | **NO** |
| ¿Ha experimentado? | Ansiedad Depresión Estrés Temor Inseguridad Rabia  |
| **¿**Ha sufrido de algún evento traumático en los últimos seis (6) meses? **SI** **NO ¿Cuál?** |
| ¿Cuáles son sus principales preocupaciones actualmente o nombre aquellos factores que puedan afectar su salud mental? |  |
| Describa en términos generales su relaciones familiares e interpersonales |  |

|  |
| --- |
| **Identifique algunos motivos de conflicto que se presentan en su hogar** |
| Problemas económicos Problemas de salud Comportamiento de algún miembro familiar Maltrato Adicciones Conductas delictivas Otros ¿Cuáles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Cuáles han sido las herramientas o recursos utilizados para afrontar las problemáticas? |  |

**Observaciones y sugerencias**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma UsuarioFirma responsable de la visita