

Información General

Eventos Individuales-Cara A

Id Evento

Fecha Notificación Nombre Entidad

Identificación del Paciente

Tipo Doc CNV RC TI CC PEP CE PA MSI ASI Identificación

Fecha Nacimiento Edad Medida Años Meses Días Horas Minutos

Hijo/Hija de

Primer Nombre Segundo Nombre

Primer Apellido Segundo Apellido

Teléfono Sexo Hombre Mujer Indeterminado

Dirección
Calle=CL Diagonal=DG Puede estar acompañado con SUR Ejemplo: CL 22A BIS A SUR 3 69 ESTE
Carrera=KR Traversal=TV Puede estar acompañado con ESTE Ejemplo: KR 2A BIS A ESTE 22 69 SUR

Localidad Barrio

Pertenencia Étnica Indígena Grupo étnico ROM Raizal Caucásico Palenquero Mulato Afrocolombiano Otros

Estrato

Grupo Poblacional P. Con discapacidad Desmovilizados Hab. Calle Migrantes V. Violencia armada Madre Comunitaria
 Gestante Sem. de gestación Desplazados Enf. Mental Población a cargo Carcelarios Otros

Ocupación Código CIUO

Tipo de aseguramiento Contributivo Subsidiado Vinculado Particular Med. prepagada R. Especial R. Excepción

Entidad Administradora

Estado Civil Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a U.Libre Sin dato

Nivel Educativo No fue a la escuela Preescolar
 Primaria incompleta Secundaria incompleta Técnico post-secund. incompleta Universidad incompleta Postgrado incompleta
 Primaria completa Secundaria completa Técnico post-secund. completa Universidad completa Postgrado completa Sin dato

Notificación

Fuente Notificación rutinaria Búsqueda activa institucional

Municipio procedencia Área Procedencia. Cabecera municipal Centro poblados Rural disperso

Clasificación Inicial del caso Sospechoso

Fecha Consulta Nivel de Riesgo Inicial Prioritario Control Hospitalizado Si No Fecha Hospitalización

Condición final Vivo Muerto No sabe, no responde Fecha defunción N° Certificado y causa básica Código CIE10

Nombre Profesional que notifica Teléfono Profesional notifica

Clasificación Final del Caso No aplica Conf por laboratorio Conf por clínica Conf por nexo epidemiológico
 Descartado Otra actualización Descartado por error de digitación

Nivel de Riesgo Final del Caso Prioritario Control

Datos básicos adicionales del paciente

Eventos Individuales - Cara B

Secretaría Educación Distrital

Conformación Familiar Solo(a) Padre
 Madre Padrastro
 Madrastra Hermanos
 Pareja Hijos
 Abuelos Otros

Situaciones Especiales Persona con discapacidad

Actividad de la víctima Líder(a) cívico o social Estudiante Otro
 Trabajador(a) doméstico(a) Persona en situación de prostitución Campesino(a)
 Persona dedicada al cuidado del hogar Persona que cuida a otra Ninguna

Orientación sexual Homosexual Bisexual Heterosexual Asexual

Identidad Género Masculino Femenino Transgénero Persona consumidora de SPA Si No

Persona con jefatura de hogar Si No Alcohol víctima Si No

Convive con el agresor Si No ¿Hecho violento ocurrido en el marco del conflicto armado? Si No

Victima del conflicto armado Si No Trastorno mental Si No Condiciones socioeconómicas desfavorables Si No

Desempleo Si No Pareja estable Si No Hijos Si No

Sin redes de apoyo Si No Desconocimiento de derechos Si No Antecedentes de violencia Si No

Fecha del hecho

Situación de Violencia

	Emocional	Física	Sexual	Económica	Negligencia	Abandono
Lugar de ocurrencia	<input type="text"/>					
Ocurrió Antes?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					
Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Edad <input type="text"/>						
1er Agresor						
Relación <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>					
Drogas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No						
2do Agresor						
Relación <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>					
Drogas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No						
3er Agresor						
Relación <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>					
Drogas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No						
4to Agresor						
Relación <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>					
Drogas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No						
5to Agresor						
Relación <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>					
Drogas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No						

Violencia sexual <input type="checkbox"/> Acoso sexual <input type="checkbox"/> Mutilación genital <input type="checkbox"/> Acceso carnal <input type="checkbox"/> Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes <input type="checkbox"/> Trata de personas con fines de explotación sexual <input type="checkbox"/> Actos sexuales <input type="checkbox"/> Otros actos sexuales <input type="checkbox"/> Entornos digitales	Atención en salud del prestador de salud <input type="checkbox"/> Profilaxis VIH. <input type="checkbox"/> Anticoncepción de emergencia <input type="checkbox"/> Otras profilaxis <input type="checkbox"/> Atención en salud <input type="checkbox"/> Remisión a protección <input type="checkbox"/> Recolección de evidencia médico legal <input type="checkbox"/> Atención en urgencias <input type="checkbox"/> Informe autoridades - denuncia a Policía Judicial, Fiscalía, Policía Nacional <input type="checkbox"/> Profilaxis Hep B <input type="checkbox"/> Orientación IVE <input type="checkbox"/> Toma de pruebas
---	--

Mecanismo <input type="checkbox"/> Ahorcamiento / estrangulamiento / sofocación <input type="checkbox"/> Cortante / cortopunzante / Punzante <input type="checkbox"/> Quemadura por ácido, álcalis, o sustancias corrosivas <input type="checkbox"/> Sustancias de uso doméstico que causan irritación	<input type="checkbox"/> Caídas <input type="checkbox"/> Proyectil arma fuego <input type="checkbox"/> Quemadura con líquido hirviendo Cuál otro mecanismo <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Contundente / cortoconduyente <input type="checkbox"/> Quemadura por fuego o llama <input type="checkbox"/> Otros mecanismos
---	--	---

Sitio anatómico comprometido con quemadura Cara Cuello Mano Pies Pliegues Genitales Tronco Miembro super. Miembro infer.

Grado Primer grado Segundo grado Tercer grado Extensión Menor o igual al 5% Del 6% al 14% Mayor o igual al 15%

En el momento de la atención presenta: <input type="checkbox"/> Hematomas o moretones <input type="checkbox"/> Dolores corporales <input type="checkbox"/> Fracturas <input type="checkbox"/> Tristeza o llanto <input type="checkbox"/> Angustia nerviosismo <input type="checkbox"/> Problemas para dormir <input type="checkbox"/> Otros problemas	Manejo en la institución: <input type="checkbox"/> Atención Médica <input type="checkbox"/> Asesoría Psicológica <input type="checkbox"/> Asesoría Legal <input type="checkbox"/> Protección <input type="checkbox"/> Orientación <input type="checkbox"/> Remisión <input type="checkbox"/> Otra Atención
--	---

Atención y manejo inicial: Investigación Epidemiológica de Campo (IEC)

Donde se detecto el caso Consulta externa Urgencias Línea 106 Centro educativo Reporte Comunitario Otro Cual Valoración de riesgo Alto Medio Bajo Ninguno

Subred responsable del seguimiento Fecha inicio seguimiento dd/mm/aaaa

¿Se programó visita domiciliaria? Sí No Fecha programación dd/mm/aaaa

¿Se realizó visita domiciliaria? Sí No Fecha visita realización dd/mm/aaaa

¿Se realizó remisión inicial? Sí No ¿Donde remisión inicial?

<input type="checkbox"/> Centro Zonal ICBF <input type="checkbox"/> CAIVAS(Centro de Atención Integral a Víctimas de V. Sexual) <input type="checkbox"/> Medicina Legal <input type="checkbox"/> Otra Institución <input type="checkbox"/> Casa refugio <input type="checkbox"/> CAVIF(Centro de Atención a Víctimas de V. Intrafamiliar) <input type="checkbox"/> Entorno hogar	<input type="checkbox"/> Comisaría de Familia <input type="checkbox"/> Salud mental(Plan de beneficios) <input type="checkbox"/> Casa de igualdad de oportunidades <input type="checkbox"/> Casas de justicia <input type="checkbox"/> Secretaría de integración social <input type="checkbox"/> Centro unico recepción niños y adolescentes
--	---

Otra institución ¿cuál?

Radicado a ICBF Comisaría Fiscalía Otro

Actividad seguimiento <input type="checkbox"/> Seguimiento telefónico <input type="checkbox"/> Visita domiciliaria <input type="checkbox"/> Monitoreo a la entidad	<input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Video llamada <input type="checkbox"/> Chat	Caso cerrado en <input type="checkbox"/> Cumplimiento en atención integral en salud <input type="checkbox"/> Inicio de judicialización <input type="checkbox"/> Atención integral en curso <input type="checkbox"/> Cumplimiento en atención integral en salud e Inicio de Judicialización	<input type="checkbox"/> Proceso de restablecimiento de derechos
--	---	---	--

Numero de seguimientos:

Fecha cierre de caso dd/mm/aaaa Resultado IEC Fallido Efectivo Sin abordar

Abordado por subsistema con ID SISVECOS SIVELCE VESPA

Descripción del caso a partir de la IEC (Caso notificado por (UI o UPGD) de presunto evento por presunto agresor. Descripción de manera específica de factores de riesgo, protectores e impacto del evento en la persona y la familia. Descripción de la o las remisiones al plan de beneficios y a otros sectores con la información existente)