



PLAN NACIONAL DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD



REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD



A B C D E F G H I J K L M N Ñ O P Q R S T U V W X Y Z

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

- Utilice este tipo de letra y número
- Utilice únicamente el lápiz y el borrador que le entregaron
- NO tache, borre completamente

- NO marque las tildes
- NO abrevie
- NO desprenda ninguna hoja

Marque así: 1
NO marque así: 1 2 3

ENCUESTA EN ESTE HOGAR No.:

I. LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA

1. Fecha de registro:

dd mm aaaa

2. Departamento

3. Municipio

4. Área

- 1 Cabecera
- 2 Centro poblado
- 3 Rural disperso

5. Dirección

6. Nombre del centro poblado, barrio o vereda:

7. ¿Cuál es el estrato de la vivienda?

- 1 Estrato 1
- 2 Estrato 2
- 3 Estrato 3
- 4 Estrato 4
- 5 Estrato 5
- 6 Estrato 6
- 7 Sin estrato

8. La vivienda cuenta con servicios de:

- 1 1. Energía eléctrica
- 1 2. Alcantarillado
- 1 3. Gas natural
- 1 4. Teléfono
- 1 5. Recolección de basuras
- 1 6. Acueducto
- 2 7. Ninguno

9. Para la preparación de alimentos, ¿utilizan agua potable?

- 1 Sí
- 2 No

10. Actualmente vive en:

- 1 Casa
 - 2 Apartamento
 - 3 Cuarto
 - 4 Institución pública
 - 5 Institución privada
 - 6 Calle
 - 7 Otro tipo de vivienda
- (pase a 12)

11. ¿En qué condición posee la vivienda?

- 1 Arriendo o subarriendo
- 2 Vivienda propia y la está pagando
- 3 Vivienda propia totalmente pagada
- 4 Vivienda de un familiar sin pagar arriendo
- 5 Vivienda de un tercero sin pagar arriendo
- 6 Otra

II. IDENTIFICACIÓN PERSONAL

12. Nombres y apellidos

13. Documento de identidad

- 1 C.C.
- 2 T.I.
- 3 Otro
- 4 S.D. (pase a 15)

14. Número del documento de identidad

15. Sexo

- 1 Hombre
- 2 Mujer

16. Fecha de nacimiento

dd mm aaaa

17. ¿Cuántos años cumplidos tiene?

Años

18. Actualmente vive:

- 1 Solo
- 2 Acompañado

19. ¿Cuántas personas conforman este hogar?

20. ¿Cuántas de ellas presentan discapacidad?

21. ¿Actualmente tiene personas a cargo? (sólo para personas de 10 años y más)

- 1 Sí
- 2 No (pase a 24)

22. Número de personas a cargo menores de 12 años:

23. Número de personas a cargo mayores de 60 años:

24. ¿Recibe algún servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar?

- 1 Sí
- 2 No

25. Es beneficiario de programas de:

- 1 Protección
- 2 Hogar sustituto
- 3 Hogar comunitario
- 4 Hogar infantil
- 5 Club juvenil
- 6 Otro programa de bienestar
- 7 Ninguno

26. De acuerdo con sus costumbres y tradiciones, . . . se considera:

- 1 Negro(a), afrodescendiente
- 2 Raizal del archipiélago
- 3 Palenquero
- 4 Gitano(a), Rom (Li)
- 5 Indígena
- 6 Mestizo u otro diferente

III. CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

27. Por su condición de salud, presenta ALTERACIONES PERMANENTES en:

- 1 1. El sistema nervioso
 1 2. Los ojos
 1 3. Los oídos
 1 4. Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)
 1 5. La voz y el habla
 1 6. El sistema cardiorrespiratorio y las defensas
 1 7. La digestión, el metabolismo, las hormonas
 1 8. El sistema genital y reproductivo
 1 9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas
 1 10. La piel
 1 11. Otra
 2 12. Ninguna (pase a 30)

28. De las anteriores condiciones de salud, ¿cuál es la que más le afecta?

--	--

29. ¿Hace cuántos años presenta esta condición de salud?

--	--	--	--	--

 Años

30. En sus actividades diarias presenta dificultades permanentes para:

- 1 1. Pensar, memorizar
 1 2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas
 1 3. Oír, aun con aparatos especiales
 1 4. Distinguir sabores u olores
 1 5. Hablar y comunicarse
 1 6. Desplazarse en trechos cortos por problemas respiratorios o del corazón
 1 7. Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos
 1 8. Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos
 1 9. Caminar, correr, saltar
 1 10. Mantener piel, uñas y cabellos sanos
 1 11. Relacionarse con las demás personas y el entorno
 1 12. Llevar, mover, utilizar objetos con las manos
 1 13. Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo
 1 14. Alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo
 1 15. Otra
 2 16. Ninguna

31. En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía?

- 1 1. Familiares
 1 2. Amigos, compañeros
 1 3. Vecinos
 1 4. Funcionarios, empleados
 1 5. Otras personas
 2 6. Nadie

32. ¿En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar sus actividades diarias con mayor autonomía?

- 1 1. Dormitorio
 1 2. Sala - comedor
 1 3. Baño - sanitario
 1 4. Escaleras
 1 5. Pasillos - patios
 1 6. Andenes, aceras
 1 7. Calles, vías
 1 8. Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias
 1 9. Paraderos, terminales de transporte
 1 10. Vehículos de transporte público
 1 11. Centros educativos
 1 12. Lugares de trabajo
 1 13. Centros de salud, hospitales
 1 14. Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado
 1 15. Otros lugares
 2 16. Ninguno

33. ¿Cuáles medios de comunicación utiliza habitualmente?

- 1 1. Medios escritos
 1 2. Radio
 1 3. Televisión
 1 4. Teléfono
 1 5. Internet
 2 6. Ninguno

34. ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?

- 1 Sí
 2 No (pase a 43)

35. Principalmente, su discapacidad es consecuencia de:

- 1 Condiciones de salud de la madre durante el embarazo
 2 Complicaciones en el parto
 3 Enfermedad general
 4 Alteración genética, hereditaria
 5 Lesión autoinfligida
 6 Enfermedad profesional (pase a 36)
 7 Consumo de psicoactivos (pase a 37)
 8 Desastre natural (pase a 38)
 9 Accidente (pase a 39)
 10 Víctima de violencia (pase a 40)
 11 Conflicto armado (pase a 41)
 12 Dificultades en la prestación de servicios de salud (pase a 42)
 13 Otra causa (pase a 43)

36. Enfermedad profesional por:

- 1 Medio ambiente físico del lugar de trabajo
 2 Condiciones de seguridad (máquinas, equipos, herramientas)
 3 Contaminantes (químicos, biológicos)
 4 Carga de trabajo física o mental (factores ergonómicos)
 5 Organización del trabajo (psicolaborales)
 6 Otra causa

37. Por consumo de psicoactivos:

- 1 Psicoactivos aceptados socialmente
 2 Psicoactivos socialmente no aceptados

38. Desastres naturales:

- 1 Terremoto
 2 Inundación
 3 Deslizamiento
 4 Otro desastre natural

39. Por accidente:

- 1 De tránsito
 2 En el hogar
 3 En el centro educativo
 4 De trabajo
 5 Deportivo
 6 Otro tipo de accidente

40. Como víctima de violencia:

- 1 Al interior del hogar
 2 Delincuencia común
 3 Social
 4 Otra

41. Del conflicto armado por:

- 1 Arma de fuego
 2 Bomba
 3 Minas antipersonales
 4 Otro tipo de arma

42. Dificultades en la prestación de servicios de salud por:

- 1 Atención médica inoportuna
 2 Equivocaciones en el diagnóstico
 3 Formulación o aplicación equivocada de medicamentos
 4 Deficiencias en la calidad de la atención
 5 Otra

43. ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?

- 1 Sí
 2 No
 3 No sabe

44. ¿En cuál departamento adquirió la discapacidad?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

45. ¿En cuál municipio adquirió la discapacidad?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IV. SALUD

46. ¿Está afiliado a salud?

- 1 Sí
2 No (pase a 49)

47. ¿Cuál es el tipo de afiliación?

- 1 Contributivo
2 Subsidiado
3 Régimen especial
4 Vinculado
5 Ninguno (pase a 49)
6 No sabe

48. ¿A cuál entidad está afiliado?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

49. ¿Su condición de salud fue oportunamente diagnosticada?

- 1 Sí
2 No

50. ¿Usted o su familia han recibido orientación sobre el manejo de la discapacidad?

- 1 Sí
2 No

51. ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año?

- 1 Sí
2 No

52. ¿Le ordenaron usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?

- 1 Sí
2 No

53. ¿Utiliza actualmente ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?

- 1 Sí
2 No

54. ¿Cree que aún necesita de ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?

- 1 Sí
2 No

55. ¿Requiere permanentemente de la ayuda de otra persona?

- 1 Sí
2 No (pase a 57)

56. ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades?

- 1 Algún miembro del hogar
2 Persona externa no empleada
3 Persona externa empleada para ayudarlo
4 Otra
- Hombre 1 Mujer 2

57. ¿Se está recuperando de su discapacidad?

- 1 Sí
2 No (pase a 59)

58. Principalmente, ¿a qué atribuye su recuperación?

- 1 A los servicios de salud y rehabilitación recibidos
2 Al apoyo de la familia
3 A su empeño por salir adelante
4 A la ayuda de Dios
5 A la acción de la medicina alternativa
6 Otro

59. ¿Qué tipo de rehabilitación le ordenaron?

- 1 1. Medicina física y de rehabilitación
1 2. Psiquiatría
1 3. Fisioterapia
1 4. Fonoaudiología
1 5. Terapia ocupacional
1 6. Optometría
1 7. Psicología
1 8. Trabajo social
1 9. Medicamentos permanentes
2 10. Otro tipo de rehabilitación
2 11. Ninguno (pase a 63)

60. ¿Actualmente está asistiendo al servicio de rehabilitación?

- 1 Sí
2 No (pase a 63)

61. ¿Quién paga la rehabilitación?

- 1 El sistema general de salud
2 La familia
3 Personalmente
4 Una ONG
5 El empleador
6 Otro

62. El establecimiento donde recibe la rehabilitación, es:

- 1 Público
2 Privado (pase a 66)
3 No sabe

63. ¿Por qué no recibe servicio de rehabilitación?

- 1 Ya terminó la rehabilitación
2 Cree que ya no lo necesita
3 No le gusta
4 Falta de dinero
5 El centro de atención queda muy lejos
6 No hay quien lo lleve
7 No sabe

64. ¿Cuántos años lleva sin recibir servicio de rehabilitación?

--	--

Años

65. ¿Sabe si el municipio cuenta con servicios de rehabilitación?

- 1 Sí
2 No

V. EDUCACIÓN: para personas de 3 años y más

66. ¿Sabe leer y escribir?

- 1 Sí
2 No

67. ¿Asiste actualmente a algún establecimiento educativo?

- 1 Sí
2 No (pase a 71)

68. El establecimiento en donde estudia, es:

- 1 Público
2 Privado

69. Para atender a las personas con discapacidad, el establecimiento cuenta con servicios de apoyo:

- 1 1. Pedagógicos
1 2. Tecnológicos
1 3. Terapéuticos
1 4. Ninguno

70. ¿Los docentes atienden adecuadamente sus necesidades educativas especiales?

- 1 Sí (pase a 72)
2 No

71. ¿Cuál es la causa principal por la cual no estudia?

- 1 Porque ya terminó o considera que no está en edad escolar
2 Costos educativos elevados o falta de dinero
3 Por falta de tiempo
4 No aprobó el examen de ingreso
5 Falta de cupos
6 No existe centro educativo cercano
7 Necesita trabajar
8 No le gusta o no le interesa el estudio
9 Perdió el año o fue expulsado
10 Su familia no quiere que estudie
11 Por su discapacidad
12 Otra razón

V. EDUCACIÓN: para personas de 3 años y más - conclusión -

72. ¿Cuál fue el último año escolar que aprobó?

Preescolar	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>			
Básica primaria	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	
Básica secundaria	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>	8 <input type="radio"/>	9 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>	11 <input type="radio"/>
Técnico o tecnológico	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>			
Universitario	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>
Postgrado	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	
Ninguno	0 <input type="radio"/>	(pase a 76)				

73. ¿Hace cuántos años?

74. Repitió algún año escolar, cuántas veces:

Grado → 1° 2° 3° 4° 5° 6° 7° 8° 9° 10° 11°

N° de veces →

75. ¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?

- 1 Sí
2 No

76. Si le dieran la oportunidad de estudiar o seguir estudiando, ¿lo haría?

- 1 Sí
2 No

VI. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS: para personas de 10 años y más

77. Participa en actividades:

- 1 1. Con la familia y amigos
1 2. Con la comunidad
1 3. Religiosas o espirituales
1 4. Productivas
1 5. Deportivas o de recreación
1 6. Culturales
1 7. Educación no formal
1 8. Ciudadanas
1 9. Otras
2 10. Ninguna

78. ¿Actualmente participa en alguna organización?

- 1 Sí (pase a 80)
2 No

79. Señale la razón principal por la cual no participa en ninguna organización:

- 1 Falta de dinero
2 Falta de tiempo
3 No existe o no la conoce
4 Siente rechazo u obstaculización
5 Por su discapacidad
6 No cree en ellas
7 Sus principios o creencias se lo impiden
8 Prefiere resolver sus problemas, solo
9 Otra

80. ¿Participaría en una organización en defensa de los derechos de la población con discapacidad?

- 1 Sí
2 No

VII. TRABAJO: para personas de 10 años y más

81. Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente:

- 1 Trabajando
2 Buscando trabajo
3 Incapacitado permanente para trabajar - sin pensión
4 Incapacitado permanente para trabajar - con pensión
5 Estudiando
6 Realizando oficios del hogar
7 Recibiendo renta
8 Pensionado - jubilado
9 Realizando actividades de autoconsumo
10 Otra actividad

(pase a 85)

82. Usted tiene contrato de trabajo:

- 1 A término fijo
2 A término indefinido
3 Sin contrato

83. La actividad económica en la cual trabaja actualmente, se relaciona con:

- 1 Industria
2 Comercio
3 Agrícola
4 Pecuaria
5 Servicios
6 Otra actividad

84. En el trabajo se desempeña como:

- 1 Obrero - empleado del gobierno
2 Obrero - empleado particular
3 Jornalero o peón
4 Patrón o empleador
5 Trabajador por cuenta propia
6 Empleado(a) doméstico(a)
7 Trabajador familiar sin remuneración

85. ¿Su capacidad para el trabajo se ha visto afectada como consecuencia de su discapacidad?

- 1 Sí
2 No

86. ¿Cuál es su ingreso mensual promedio?

\$

87. Luego de presentar su discapacidad, ¿ha recibido capacitación para el trabajo?

- 1 Sí
2 No (pase a 89)

88. ¿Dónde recibió la capacitación?

- 1 SENA
2 Otra institución pública
3 Una institución privada

89. Necesita capacitación para:

- 1 Mejorar su actividad productiva
2 Cambiar de actividad productiva
3 No necesita capacitación

IMPORTANTE:

La Ley 79 de 1993 establece al DANE la reserva estadística; por eso, se solicita su autorización para suministrar esta información a instituciones vinculadas en la atención de la discapacidad con fines de planificación. (Diligenciar directamente con la persona registrada o el informante).

Autorizo al DANE entregar la información de este formulario, con fines de planificación a favor de la población con discapacidad:

Nombre:

Documento de identidad: