	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	CÓDIGO CONTRATO FECHA

Este cuestionario está orientado a conocer la percepción de la población frente a ámbitos de su vida como lo es el entorno familiar, entorno socioeconómico, salud física y mental, entre otros. Cuenta con preguntas de respuesta única y preguntas de respuesta abierta con el fin de respetar los pensamientos de los individuos encuestados.

Esta encuesta de morbilidad sentida se realizará en el marco del desarrollo del contrato N.º 1832 de 2024, cuyo objeto es la prestación de servicios técnicos y administrativos para la realización de monitoreos de la calidad del aire en la zona de influencia de COMPAS S.A. con el fin de determinar la procedencia y oportunidad de la consulta previa en relación con la comunidad indígena Zenú el Palmar.

Tiempo estimado de duración 30 minutos.

Objetivo: recopilar información sobre la percepción de morbilidad sentida con énfasis en problemas respiratorios y dermatológicos, así como aspectos sociodemográficos, acceso a servicios de salud y sociales, redes de apoyo y el estado de salud actual de la comunidad indígena Zenú El Palmar.

1. SECCIÓN 1: DATOS DEL ENCUESTADOR

Código asignado al encuestador: _____ Edad: _____

Género: _____ Nivel educativo: _____ Fecha de la encuesta: _____ Hora: _____

2. SECCIÓN 2: DATOS BÁSICOS

2.1 Datos básicos del encuestado

Código asignado al encuestado: _____

Edad: _____Talla: _____ Peso: _____

Entidad prestadora de servicios en salud: _____ Tipo de afiliación: _____

Género: _____ Nivel Educativo: _____Ocupación: _____

Curso de vida: Primera infancia (0-5 años), Infancia (6-12 años), Adolescencia (13 a 18), Juventud (19 a 29), Adultez (30 a 59), vejez (60 años o más)

Observación: Si el encuestado es menor de 18 años, favor realizar la encuesta en presencia de un adulto responsable, si el encuestado supera los 80 años, la encuesta deberá realizarse en presencia de un cuidador responsable, quien deberá entregar los siguientes datos:

2.2 Datos básicos del cuidador o acompañante

Código asignado al adulto responsable y/o cuidador: _____

Edad: _____ Género: _____ Nivel Educativo:

_____Ocupación: _____ Parentesco con el encuestado: _____

Curso de vida: Primera infancia (0-5 años), Infancia (6-12 años), Adolescencia (13 a 18), Juventud (19 a 29), Adultez (30 a 59), vejez (60 años o más)

	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	CÓDIGO CONTRATO FECHA

3. SECCIÓN 3: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

3.1 Con cuantas personas vive:

a. Vive solo/a
b. 1 a 3 personas
c. 4 a 6 personas
d. > 6 personas

3.2 Tenencia de vivienda

a. Arrendado
b. Propio
c. Familiar
d. Multifamiliar
e. No posee vivienda

3.3 Tipo de vivienda

a. Apartamento
b. Casa
c. Vivienda indígena
d. Improvisada
e. Finca o parcela

3.4 Tipo de estructura

a. Madera
b. Cemento
c. Bahareque
d. Lamina de ZINC
e. Plástico
f. Otros

3.5 Tipo de cubierta

a. Lámina de Zinc
b. Teja de barro
c. Teja de Eternit
d. Palma
e. Plástico
f. Otro

3.6 Material usado para el piso de la vivienda

a. Cemento
b. Baldosas
c. Tierra

3.7 Número de habitaciones disponible

a. 1 o menos
b. 2 a 3 habitaciones
c. 3 a 4 habitaciones
d. > 4 habitaciones

3.8 ¿Cuál es el área total de su predio? _____

3.9 ¿Cuánta es el área construida? _____

3.10 ¿Considera que hay hacinamiento en su vivienda? (respuesta libre) _____

3.11 Fuente de alumbrado de la vivienda

a. Velas
b. Lámpara de petróleo
c. Energía solar
d. Energía eléctrica
e. Planta eléctrica

3.12 Fuente de agua para consumo humano

a. Acueducto público
b. Acueducto comunal o veredal
c. Pozo profundo
d. Laguna
e. Rio, quebrada o manantial
f. Carrotanque
g. Comprada (Bolsa o botellón)
h. Otro, ¿cuál?

3.13 Realiza algún tratamiento al agua para consumo

a. Hervida
b. Cloro de piedra
c. Cloro liquido
d. Ninguna

3.14 Tipo de almacenamiento de agua para consumo humano

a. No almacenan
b. Tanque con tapa
c. Tanque sin tapa
d. Albercas
e. Aljibes
f. Otro, ¿cuál?

3.15 Ubicación de recipientes de almacenamiento:

a. Interior de la vivienda
b. Exterior de la vivienda bajo techo
c. Exterior de la vivienda sin techo
d. No aplica

3.16 Manejo de residuos sólidos dentro de la vivienda

a. Caneca con tapa
b. Caneca sin tapas
c. Balde y/o tarro
d. Cartón
e. Bolsa plástica
f. Costales
g. Otro, ¿cuál?

3.17 Ubicación de los recipientes de almacenamiento

a. Interior de la vivienda
b. Exterior de la vivienda sin techo
c. Exterior de la vivienda bajo techo
d. No aplica
e. Otro: _____

3.18 Destino final de los residuos sólidos ordinarios

a. Carro colector
b. Botadero público
c. Cielo abierto
d. Enterrada
e. Rio o quebrada
f. Quemada

3.19 ¿Si la respuesta es quemada (f), en que sitio la quema?

3.20 Destino final de los residuos sólidos orgánicos (restos de alimentos)

e. Alimento para los animales
f. Elaboración de abono
g. No separa los residuos y los dispone igual que los residuos sólidos ordinarios

3.21 Destino final de los residuos aprovechables (papel, cartón, Pep, vidrio o metales

h. Venta o donación a recicladores
i. Reutilización en el hogar
j. No separa los residuos y los dispone igual que los residuos sólidos ordinarios

3.22 El servicio sanitario es:

a. De uso exclusivo de la familia
b. Compartido con personas de otras familias
c. No cuenta con servicio sanitario

3.23 Ubicación de sanitario o Letrina:

a. Interior de la casa
b. Fuera de la casa
c. No aplica

3.24 Disposición de excretas y heces:

a. Inodoro conectado a alcantarillado
b. Inodoro conectado a pozo séptico
c. Inodoro con descarga al aire libre
d. Letrina
e. Campo abierto
f. Otro, ¿cuál?

3.25 Cocina con:

a. Gas propano
b. Gas natural
c. Leña
d. Carbón
e. Gasolina
f. Electricidad

3.26 Ubicación de la cocina:

a. Interior de la casa
b. Exterior de la casa

3.27 La cocina se encuentra separada de otros espacios de la vivienda (sala, dormitorios, comedor)

a. Si
b. No

3.28 Lugar de almacenamiento de alimentos:

a. Refrigerador compartido
b. Refrigerador propio
c. Recipiente abierto
d. Recipiente cerrado
e. Al aire libre dentro de la casa
f. Al aire libre fuera de la casa

3.29 Dispone de un espacio exclusivo para preparación de alimentos

a. Si
b. No

3.30 ¿Considera que su espacio de vivienda cuenta con condiciones óptimas para el desarrollo de su día a día? Respuesta libre: _____

3.31 ¿Ha identificado factores de riesgo para su salud inherentes a su estilo de vida?

a. Aire contaminado
b. Insectos
c. Serpientes
d. Agua contaminada
e. Uso de insecticidas o herbicidas
f. Otros, ¿Cuáles? _____

3.32 Nivel de escolaridad

a. Primaria
b. Bachillerato
c. Técnico
d. Universitario
e. Postgrado
f. No aplica

3.33 Nivel de ingresos de su hogar

a. Igual o menor a 1 SMV
b. De 1 a 3 SMV
c. De 3 a 5 SMV
d. > 5 SMV

3.34 ¿El sustento económico depende de una sola persona o de varias?

a. Un solo individuo
b. 2 o más individuos

4 SECCION 4: ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE SALUD

4.1 ¿Considera que es fácil para usted acceder a los servicios de salud en su comunidad?

a. Excelente
b. Bueno
c. Regular
d. Malo

4.2 En caso de responder No en inciso 4.1 explicar el motivo: _____

4.3 Medio de transporte utilizado para llegar a centro de salud

a. Carro
b. Moto
c. Bicicleta
d. No cuenta con medio de transporte
e. Otro, ¿cuál?

4.4 Tiempo de desplazamiento desde su hogar hasta centro de salud

a. 15 minutos o menos
a. Entre 15 a 30 minutos
b. De 30 a 60 minutos
c. > 60 minutos

4.5 Menores de 14 años, ¿cuenta con esquema de vacunación completo?

a. Si
b. No

4.6 Menores de 0 a 10 años, ¿Se encuentra vinculado al programa de Crecimiento y desarrollo?

a. Si
b. No

4.7 En caso de No, especifique el por qué_____

4.8 Personas de 10 a 29 años, ¿se encuentra vinculado al programa de salud joven?

a. Si
b. No

4.9 En caso de que la respuesta sea No, especifique el por qué. _____

4.10 ¿Tiene conocimiento sobre los planes en salud ofertados por su centro de servicio de salud comunitario?

a. Tengo conocimiento
b. Tengo poco conocimiento
c. Mi conocimiento es nulo

5 SECCIÓN 5: ACCESO A SERVICIOS SOCIALES

5.1 ¿Cuenta con algún tipo de ayuda social (subsidios, alimentación, vivienda, etc.)?

a. Si
b. No
c. Cual. _____

5.2 ¿Considera que los servicios sociales a los que tiene acceso son suficientes para cubrir sus necesidades?

a. Si
b. No
c. Cual. _____

6 SECCIÓN 6: ACCESO A REDES DE APOYO E INFORMACIÓN SOCIODEMOGRAFICA

6.1 5.1 ¿Tiene usted una red de apoyo (familiares, amigos, comunidad) en caso de enfermedad o dificultades?

7 Si
8 No
9 Cual. _____

9.1 5.2 ¿Con qué frecuencia recurre a su red de apoyo en situaciones de enfermedad?
Frecuentemente _____ Ocasionalmente _____ Nunca _____

9.2 Hace parte usted de alguna organización social o comunitaria

d. Si
e. No
f. Cual____
g. Cuál es su rol

9.3 3.2 Cual es la principal actividad económica de la comunidad

h. Agricultura
i. **Ganadería**
j. Pesca
k. Turismo
l. Industria
m. Otro, cual _____

9.4 ¿Cuánto es el tiempo de dedicación diaria a sus jornadas laborales u ocupacionales?

a. 4 horas
b. 5 a 8 horas
c. Mas de 8 horas

10 SECCIÓN 7: PERCEPCIÓN DE MORBILIDAD SENTIDA

10.1 ¿De forma general, se considera usted una persona sana?

_____

_____

10.2 ¿Se ha sentido bien de salud en los últimos 5 años?

a. Si
b. No

10.3 ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades crónicas?

a. Hipertensión arterial
b. Diabetes Mellitus
c. EPOC
d. Dermatitis
e. Asma
f. Rinitis alérgica
g. Enfermedades trasmitidas por vectores
h. Problemas de piel
i. Cáncer de pulmón
j. Alergia o molestias oculares
k. Afecciones respiratorias
l. Otro, ¿cuál?

10.4 ¿Recibe o ha recibido tratamiento para dicha enfermedad?

a. Si
b. No

10.5 ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades infectocontagiosas?

a. VIH
b. Tuberculosis
c. Hepatitis
d. Malaria
e. Dengue
f. Changas
g. Fiebre amarilla
h. Lepra
i. Sífilis

10.6 ¿Recibe o ha recibido tratamiento para dicha enfermedad?

a. Si
b. No

10.7 ¿Ha presentado tos y/o expectoración por más de 15 días, en los últimos 5 años?

a. Si
b. No

10.8 ¿Ha sido diagnostica con alguna afección pulmonar, en los últimos 5 años?

c. Si, Cual: _____
d. No

10.9 ¿Ha presentado sensación de comezón en la garganta por más de 1 mes, en los últimos 5 años?

a. Si
b. No

10.10 ¿Es común para usted padecer de Rash (rasquiña) en piel, en los últimos 5 años?

a. Muy frecuente
b. A veces
c. Casi nunca
d. Nunca

10.11 ¿Es común para usted padecer de brotes (presencia de habones o pápulas) en piel, en los últimos 5 años?

a. Muy frecuente
b. A veces
c. Casi nunca
d. Nunca

10.12 ¿Es común para usted presentar descamación en una o más zonas del cuerpo?

a. Muy frecuente
b. A veces
c. Casi nunca
d. Nunca

10.13 ¿Es común para usted presentar enrojecimiento o resequedad o ardor en los ojos?

a. Muy frecuente
b. A veces
c. Casi nunca
d. Nunca

10.14 En caso de ser positiva la respuesta en incisos 10.5 a 10.13, ¿Ha detectado bajo qué situaciones se empeoran estos síntomas?

a. Si
b. No

10.15 Si la respuesta es Sí, especifique.

_____

10.16 ¿Alguna vez ha consultado con el médico por estas condiciones?

a. Si
b. No

10.17 ¿Ha requerido estar hospitalizado por más de 5 días en los últimos 5 años?

a. Si
b. No

Cuál fue su diagnóstico: ____

10.18 ¿En su núcleo de hogar, hay personas con problemas respiratorios?

a. Si
b. No

Cuál es su diagnóstico: ____

10.19 ¿Ha presentado síntomas respiratorios (¿tos, dificultad para respirar, congestión nasal? ¿Gripa, afectación en la voz) en los últimos 6 meses?

Si _____ No _____
Cual _____

10.20 En caso de haber tenido síntomas respiratorios, ¿qué tan graves han sido? escala de 1 al 10

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

10.21 ¿Ha presentado problemas dermatológicos (irritaciones, erupciones, alergias en la piel) en los últimos 6 meses?

Si _____ No _____
Cual _____

10.22 En caso de haber tenido problemas dermatológicos, ¿qué tan graves han sido?

Leve_____ Moderado_____ Grave _____

10.23 ¿Actualmente tiene signos o síntomas asociados a la afección?

Si _____ No _____
Cual _____

10.24 ¿Usted o algún miembro de su familia fuma?

a. Si
b. No

10.25 ¿Si la respuesta anterior fue Si, indique dónde suele hacerlo?

a. Al interior de la vivienda
b. Al exterior de la vivienda, pero en inmediaciones a esta
c. Al exterior de la vivienda, lejos de esta

10.26 ¿Actualmente fumas cigarrillos o algún otro tipo de tabaco?

a. Si
b. No
c. Exfumador

10.27 ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

a. Entre 1 y 2
b. Entre 3 y 5
c. Más de 5

10.28 ¿Cuánto tiempo llevas fumando?

a. Menos de 1 año
b. 1-5 años
c. 6-10 años
d. Más de 10 años
e. No fumo

10.29 ¿Algún miembro de tu familia cercana (padres, hermanos) fuma actualmente?

a. Sí
b. No
c. No lo sé

10.30 ¿Has intentado dejar de fumar en algún momento?

a. Sí
b. No
c. No aplicable (no fumo)

10.31 ¿Sientes que el hábito de fumar ha afectado tu salud física (ej. dificultades respiratorias, tos frecuente, fatiga)?

a. Mucho
b. Algo
c. Poco
d. Nada
e. No fumo

10.32 ¿Has sido diagnosticado con alguna enfermedad relacionada con el consumo de tabaco (por ejemplo, bronquitis crónica, enfisema, enfermedad cardiovascular)?

a. Si
b. No

10.33 ¿Fumas en presencia de otras personas en tu hogar o lugar de trabajo?

a. Sí
b. No
c. No fumo

10.34 ¿Crees que el tabaquismo pasivo (exposición al humo de otras personas) ha afectado tu salud o la de algún miembro de tu familia?

a. Sí
b. No
c. No lo sé

10.35 ¿Te han recomendado en alguna ocasión que dejes de fumar por razones de salud?

a. Sí
b. No
c. No aplicable (no fumo)

10.36 ¿Con qué frecuencia consumes frutas y verduras en tu dieta diaria?

a. A diario
b. Varias veces por semana
c. Rara vez
d. Nunca

10.37 ¿Cuántas veces por semana consumes alimentos ricos en grasas saturadas (como frituras, embutidos, etc.)?

a. Nunca
b. 1-2 veces
c. 3-4 veces
d. Más de 4 veces

10.38 ¿Consideras que tu dieta es balanceada en términos de nutrientes esenciales (proteínas, carbohidratos, grasas saludables)?

a. Sí
b. No
c. No estoy seguro(a)

10.39 ¿Has experimentado problemas de salud relacionados con la dieta, como sobrepeso, hipertensión, o colesterol elevado?

a. Sí
b. No
c. No sé

10.40 ¿Sientes que la calidad de los alimentos que consumes afecta tu bienestar físico (por ejemplo, energía, fatiga, problemas digestivos)?

a. Mucho
b. Algo
c. Poco
d. Nada

10.41 En tu opinión, ¿cuál es el principal obstáculo para mantener una dieta saludable?

a. Falta de tiempo
b. Costo elevado de alimentos saludables
c. Falta de acceso a alimentos frescos
d. Desconocimiento sobre nutrición

10.42 ¿Has recibido alguna recomendación médica o nutricional para modificar tu dieta?

a. Sí
b. No
c. No recuerdo

10.43 ¿Cuántas comidas al día consumes habitualmente?

a. 1
b. 2
c. 3
d. 4 o más

10.44 ¿Cuántas veces por semana consumes alimentos procesados o comida rápida?

a. Nunca
b. 1-2 veces
c. 3-4 veces
d. Más de 4 veces

10.45 ¿Tienes alguna condición de salud (por ejemplo, diabetes, hipertensión, intolerancias) que te obligue a seguir una dieta especial?

a. Sí
b. No

10.46 ¿Con qué frecuencia realizas actividad física moderada (como caminar rápido, nadar, o andar en bicicleta)?

a. Nunca
b. 1-2 veces por semana
c. 3-4 veces por semana
d. Más de 5 veces por semana

10.47 ¿Cuántos minutos al día dedicas a la actividad física moderada o intensa?

a. Menos de 30 minutos
b. 30-60 minutos
c. Más de 60 minutos

10.48 ¿Sientes que la falta de tiempo o la carga de trabajo limita tu capacidad para realizar ejercicio físico?

a. Siempre
b. Frecuentemente
c. A veces
d. Rara vez
e. Nunca

10.49 ¿Has experimentado alguna lesión o dolor relacionado con la práctica de actividad física en el último año?

a. Sí
b. No
c. No realizo actividad física

10.50 ¿Cómo describirías tu nivel general de actividad física comparado con otras personas de tu edad?

a. Muy activo
b. Moderadamente activo
c. Poco activo
d. Sedentario

10.51 ¿Qué tipo de actividad física prefieres realizar?

a. Ejercicio en gimnasio
b. Deportes en equipo
c. Caminatas al aire libre
d. Trabajo físico (agricultura, construcción)
e. Ninguno

10.52 ¿Sientes que la actividad física mejora tu bienestar mental y emocional?

a. Mucho
b. Algo
c. Poco
d. Nada
e. No realizo actividad física

10.53 ¿La infraestructura local (parques, centros deportivos) facilita tu participación en actividades físicas?

a. Sí
b. No
c. No estoy seguro

10.54 ¿Has recibido alguna recomendación médica para aumentar o disminuir tu nivel de actividad física?

a. Sí
b. No
c. No recuerdo

10.55 ¿Crees que el nivel de actividad física en tu comunidad ha cambiado en los últimos años?

a. Ha aumentado
b. Ha disminuido
c. Se ha mantenido igual
d. No estoy seguro

10.56 ¿Utilizas o has estado expuesto a plaguicidas en tu trabajo o en tu hogar?

a. Sí, en el trabajo
b. Sí, en el hogar
c. No

10.57 Si utilizas plaguicidas, ¿con qué frecuencia lo haces?

a. Diariamente
b. Semanalmente
c. Mensualmente
d. Raramente
e. Nunca

10.58 ¿Qué tipo de protección usas cuando manejas o aplicas plaguicidas?

a. Máscara
b. Guantes
c. Ropa protectora
d. No utilizo protección

10.59 ¿Has experimentado síntomas como dolor de cabeza, mareos, o náuseas después de usar o estar expuesto a plaguicidas?

a. Sí, frecuentemente
b. Sí, ocasionalmente
c. No
d. No estoy seguro

10.60 ¿Has recibido algún tipo de capacitación o información sobre el uso seguro de plaguicidas?

a. **S**í
b. No

10.61 ¿Conoces los efectos a largo plazo de la exposición a plaguicidas en la salud (por ejemplo, problemas respiratorios o enfermedades crónicas)?

a. Sí
b. No
c. No estoy seguro

10.62 ¿Algún miembro de tu familia ha presentado síntomas o problemas de salud que tú asocies con el uso de plaguicidas?

a. Sí
b. No
c. No estoy seguro

10.63 ¿Cómo manejas los plaguicidas sobrantes o los envases vacíos después de su uso?

a. Los guardo
b. Los tiro a la basura
c. Los llevo a un lugar de disposición especial
d. No manejo plaguicidas

10.64 ¿Crees que el uso de plaguicidas ha afectado la calidad del agua o el suelo en tu comunidad?

a. Sí
b. No
c. No estoy seguro

10.65 ¿Has consultado con un médico o recibido tratamiento debido a problemas de salud relacionados con la exposición a plaguicidas?

d. Sí
e. No

11 SECCIÓN 11: ESTADO DE SALUD ACTUAL

11.1 ¿Cómo calificaría su estado general de salud en este momento?

k. Muy bueno
l. Bueno
m. Regular
n. Malo
o. Muy malo

11.2 ¿Ha tenido algún síntoma persistente como tos, fiebre, dolor de cabeza, o dificultad para respirar en las últimas semanas?

a. Si
b. No
c. ¿Cual? _____

11.3 ¿Ha limitado su capacidad para realizar actividades cotidianas (trabajo, estudio, cuidado del hogar) debido a problemas de salud en el último mes?

a. Si
b. No
c. ¿Qué actividades? _____
d. ¿Por cuánto tiempo? _____

11.4 ¿Tiene alguna condición crónica o enfermedad (diabetes, hipertensión, asma, etc.) diagnosticada por un profesional de salud que esté afectando su bienestar actual?

a. Si
b. No
c. ¿Cual? _____

11.5 ¿Ha experimentado síntomas de estrés, ansiedad o depresión en el último mes?

a. Si
b. No
c. ¿Cual? _____

11.6 ¿La **sintomatología** presentada, en que grado de severidad fue?

a. Muy severo
b. Severo
c. Poco severo

11.7 ¿Ha visitado algún centro de salud, médico o profesional en las últimas semanas debido a problemas de salud?

a. Si
b. No
c. Motivo de consulta_____

11.8 ¿Está tomando algún medicamento actualmente?

a. Si
b. No
c. ¿Cuál medicamento? _____
d. ¿Fue recetado por un médico? _____

11.9 ¿Ha tenido problemas para dormir o descansar adecuadamente debido a problemas de salud?

a. Si
b. No
c. Frecuencia: _____

11.10 ¿Existen factores en su entorno (trabajo, hogar, ambiente) que considera estén afectando su estado de salud?

a. Si
b. No
c. ¿Cual? _____

11.11 ¿Cuántas veces ha acudido a consulta médica en el último año?

a. Ninguna
b. De 1 a 2 veces
c. De 3 a 5 veces
d. Más de 5 veces

11.12 ¿Cuál fue su diagnóstico? _____

12 SECIÓN 12: FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES

12.1.¿Cerca de la vivienda hay? (puede escoger varios)

a. Cultivos
b. Apriscos
c. Porquerizas
d. Galpones
e. Malos olores
f. Sitios satelitales de disposición de excretas
g. Botaderos a cielo abierto de residuos
h. Industrias contaminantes (¿cuál? _____)
i. Vías de tráfico vehicular
j. Vías destapadas
k. Vías pavimentadas
l. Quemas a cielo abierto
m. Otro. ¿Cuál? _____

12.2.¿Se facilita la ventilación de la vivienda de forma natural o artificial?

a. Siempre
b. A veces
c. Nunca
d.

12.3.¿Cuáles de los siguientes ambientes de la vivienda tiene ventilación natural (ventanas que abren regularmente)

a. Cocina
b. Dormitorios
c. Sala/comedor
d. Sanitario
e. Ninguno

12.4.La familia convive con animas de compañía y/o producción dentro de la vivienda o en su entorno inmediato

a. Si
b. No

En caso de responder si, por favor indique de cuales especies_____

12.5.¿Se desparasita los animales domésticos?

a. Si
b. No

12.6.¿Los animales domésticos cuentan con esquema de vacunación?

c. Si
d. No

12.7.¿Las excretas de los animales se recogen y se disponen adecuadamente?

a. Si
b. No

12.8.¿Se almacenan en la vivienda productos químicos (insecticidas/plaguicidas u otros?

a. Si
b. No

En caso de responder si, por favor indique de cuales _____

12.9.Por favor indique cuál es su actividad económica _____

12.10. ¿algún miembro de la familia realiza una actividad económica en la vivienda? (cultivos, cría de animales, preparación de alimentos u otro)

a. Si
b. No

En caso de responder si, por favor indique de cuales _____

12.11. En su lugar de trabajo se expone a factores de riesgo como

a. Polvo
b. Gases
c. Olores
d. No aplica

12.12. ¿Con qué frecuencia se expone?

a- Muy Frecuentemente
b- Frecuentemente
c- Pocas veces

12.13. Los elementos pertenecientes al espacio público están afectados por condiciones sanitarias y ambientales (presencia de olores, residuos, escombros, excretas u otro)

a. Si
b. No

Comentarios adicionales:

Por favor, si tiene algún comentario o quiere compartir alguna otra preocupación sobre su estado de salud, escríbalo a continuación: _____
_____

Este formato te permite recopilar información importante sobre los factores sociodemográficos, el acceso a servicios y la percepción de la salud de los participantes, con un énfasis en los problemas respiratorios y dermatológicos.

	ENCUESTA DE MORBILIDAD SENTIDA	CÓDIGO CONTRATO FECHA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Encuesta de Morbilidad Sentida en la Comunidad Indígena Zenú El Palmar, de Santiago de Tolú.

Objetivo: La presente encuesta tiene como objetivo recopilar información sobre la percepción de la morbilidad sentida en relación con afecciones respiratorios y dermatológicos, así como aspectos sociodemográficos, acceso a servicios de salud y redes sociales, redes de apoyo y el estado de salud actual de la comunidad indígena Zenú El Palmar.

Descripción del estudio: Este cuestionario está orientado a conocer la percepción de la población en ámbitos como el entorno familiar, el entorno socioeconómico, la salud física y mental, entre otros. La encuesta incluye preguntas de respuesta única y preguntas de respuesta abierta, respetando la cosmovisión de los encuestados. El tiempo estimado de duración es de 30 minutos.

Procedimiento: Los participantes serán invitados a responder la encuesta de manera voluntaria. No se les pedirá identificarse por nombre, y la información recopilada será utilizada únicamente con fines de investigación. Los datos serán tratados de manera confidencial y conforme a la legislación vigente sobre protección de datos personales (Ley 1581 de 2012 - Habeas Data), la identificación del encuestado será a través de un código asignado por el encuestador.

Confidencialidad y manejo de la información: Los datos proporcionados serán anonimizados para proteger la identidad de los participantes. La información será utilizada exclusivamente para los fines de este estudio, y en ningún caso se compartirá con terceros sin el consentimiento expreso de los participantes. Los resultados serán presentados de forma agregada, lo que significa que no será posible identificar a individuos a partir de la información publicada.

Riesgos y beneficios: No se prevén riesgos directos para los participantes. La participación en este estudio no conlleva compensación económica. Los beneficios de este estudio incluyen una mejor comprensión de las necesidades de salud en la comunidad, lo que podría guiar futuras intervenciones de salud pública.

Derechos de los participantes: La participación en esta encuesta es completamente voluntaria. Los participantes tienen el derecho de retirarse en cualquier momento sin necesidad de explicar sus razones, y sin que esto conlleve consecuencia alguna.

Contacto: En caso de tener preguntas o preocupaciones sobre el estudio, puede contactarnos a través de los siguientes mecanismos: Medio escrito: Dirección Regional sede Universidad de Córdoba. Carrera 6 No. 76-103, Montería, Córdoba, Colombia. Contacto telefónico: PBX: (604) 786 04 21, Correo electrónico: contacto@correo.unicordoba.edu.co.

Consentimiento: Al firmar o aceptar participar, reconozco que he sido informado sobre el objetivo, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio. También reconozco que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin repercusiones.

Nombre del participante: _____ Fecha: _____

Firma del participante: _____

DESISTIMIENTO

En caso de que decida retirarse del estudio, lo único que deberá hacer es comunicar su deseo de no continuar en el proceso de la encuesta. Si en algún momento siente incomodidad o decide no seguir participando, puede interrumpir la encuesta sin necesidad de explicar sus motivos. Su decisión no afectará de ninguna manera su relación con los responsables del estudio ni con ninguna entidad de salud. Sus respuestas previas no serán utilizadas si opta por retirarse, y todos sus datos serán eliminados del registro de manera inmediata.