



FECHA: _____

Tipo de Identificación:

1. TI Tarjeta de identidad ____ N. _____
2. CC Cédula de ciudadanía ____ N. _____
3. CE Cédula de extranjería ____ N. _____

Cargo que desempeña:

1. Estudiante ____ Código estudiantil: _____

Programa: _____

Facultad: _____

Sede: _____

2. Docente: _____

- De planta ____ Ocasional ____ Catedrático ____

Programa: _____

Facultad: _____

Sede: _____

3. Administrativo: _____

- De Carrera ____ Provisional ____ Contratista ____

Cargo: _____

Dependencia: _____

CAPÍTULO 1. INFORMACIÓN PERSONAL

1.1 Primer Apellido _____

1.2 Segundo Apellido _____

1.3 Primer nombre _____

1.4 Segundo nombre _____

1.5 Sexo _____

- 1. Hombre ____ 2. Mujer ____

1.6 Fecha de Nacimiento AAAA ____ MM ____ DD ____

1.7 Tipo de población (Puede marcarse más de una opción)

1. Población sisbenizada ____
2. Población desmovilizada ____
3. Población en condiciones de desplazamiento forzado ____
4. Población rural migratoria ____
5. Afrodescendiente ____
6. Raizal ____
7. Indígena ____
8. Cabeza de Familia ____

9. Víctima de Violencia Armada ____

10. Ninguna ____

1.8 Actualmente vive

- 1. Solo ____ 2. Acompañado ____

1.9 ¿Cuántas personas conforman su grupo familiar cercano? _____

1.10 ¿Cuántas de ellas presentan discapacidad? ____

1.11 ¿Actualmente tiene personas a cargo? _____

- 1. No ____ 2. Si ____ Número de personas a cargo ____

1.12 Es beneficiario de programas como (Opción Múltiple)

1. Jóvenes en acción ____ 2. Generación E ____
3. Matrícula de Honor ____ 4. Beca Fondo Patrimonial ____
5. Tablet USCO ____
6. Grupo de Apoyo a Bienestar Universitario ____
7. Descuento por Estudio Socioeconómico ____
8. Estimulo por representación cultural o deportivo ____
9. Otro ____ Cuál _____
10. Ninguno ____

CAPÍTULO 2. LOCALIZACIÓN Y VIVIENDA

2.1 Localización y vivienda actual

1. Departamento _____

2. Municipio _____

2.2 Área

- 1. Urbana ____ 2. Rural ____

2.3 Comuna No. _____

2.4 Nombre del Barrio _____

2.5 Dirección _____

2.6 Número de teléfono _____

2.7 ¿Cuál es el estrato de la vivienda? (Opción Única)

1. Estrato 1 ____ 2. Estrato 2 ____

3. Estrato 3 ____ 4. Estrato 4 ____

5. Estrato 5 ____ 6. Sin estrato ____

2.8 Tipo de vivienda (Opción Única)

1. Casa ____ 2. Apartamento ____

3. Habitación ____ 1. Interno ____ 2. Externo ____

4. Otro tipo de vivienda _____

Si usted vive con el núcleo familiar, pase al Capítulo 3. Caracterización y origen de la discapacidad.

2.9 Características de la vivienda (Opción Múltiple)

1. Una Planta ____ 2. Dos Plantas ____

3. Sala ____ 4. Comedor ____

5. Cocina ____ 6. No. de habitaciones ____

7. No. de baños ____ 8. Patio ____

9. Garaje ____ 10. Otro ____ Cual? _____

2.10 El piso es (Opción Múltiple)

1. Tierra ____ 2. Cemento ____

3. Baldosa ____

2.11 El techo es (Opción Múltiple)

1. Concreto ____ 2. Lámina ____

2.12 El tipo de combustible que utilizan para la preparación de los alimentos en la vivienda donde habita es (Opción Múltiple)

1. Gas ____ 2. Eléctrica ____ 3. Leña ____

4. Carbón ____ 5. Gasolina ____

2.13 La vivienda cuenta con servicios públicos de (Opción Múltiple)

1. Acueducto ____ 2. Alcantarillado ____

3. Energía eléctrica ____ 4. Internet ____

5. Gas natural conectado a red pública ____

6. Teléfono ____ 7. Recolección de basuras ____

8. Ninguno ____

2.14 ¿Usted cuenta con los siguientes electrodomésticos? (Opción Múltiple)

1. Lavadora de ropa ____ 2. Nevera ____

3. T.V. ____ 4. Teléfono celular ____ 5. Estufa ____

6. Computador ____ 7. Tablet ____ 8. Radio ____

2.15 ¿En qué condición posee la vivienda? (Opción Única)

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 condición _____

2.16 Localización y vivienda del núcleo familiar

1. Departamento _____

2. Municipio _____

2.17 Área vivienda del núcleo familiar



1. Urbana _____ 2. Rural _____
- 2.18** Comuna del núcleo familiar No. _____
- 2.19** Nombre del Barrio del núcleo familiar _____
- 2.20** Dirección vivienda núcleo familiar _____
- 2.21** Número telefónico vivienda núcleo familiar _____
- 2.22** ¿Cuál es el estrato de la vivienda núcleo familiar? (Opción Única)
1. Estrato 1 _____ 2. Estrato 2 _____
3. Estrato 3 _____ 4. Estrato 4 _____
5. Estrato 5 _____ 6. Sin estrato _____
- 2.23** Tipo de vivienda núcleo familiar (Opción Única)
1. Casa _____ 2. Apartamento _____
3. Cuarto _____ 4. Otro tipo de vivienda _____
- 2.24** Características de la vivienda núcleo familiar (Opción Múltiple)
- 3 Una Planta _____ 2. Dos Plantas _____
3. Sala _____ 4. Comedor _____
5. Cocina _____ 6. No. de habitaciones _____
7. No. de baños _____ 8. Patio _____
9. Garaje _____ 10. ¿Otro _____ Cual? _____
- 2.25** El piso de la vivienda núcleo familiar es (Opción Múltiple)
1. Tierra _____ 2. Cemento _____ 3. Baldosa _____
- 2.26** El techo de la vivienda núcleo familiar es (Opción Múltiple)
1. Concreto _____ 2. Lámina _____
- 2.27** El tipo de combustible que utilizan para la preparación de los alimentos en la vivienda del núcleo familiar es (Opción Múltiple)
1. Gas _____ 2. Eléctrica _____ 3. Leña _____
4. Carbón _____ 5. Gasolina _____
- 2.28** La vivienda núcleo familiar cuenta con servicios públicos de (Opción Múltiple)
1. Acueducto _____ 2. Alcantarillado _____
3. Energía eléctrica _____ 4. Internet _____
5. Gas natural conectado a red pública _____
6. Teléfono _____ 7. Recolección de basuras _____

8. Ninguno _____
- 2.29** ¿La vivienda del núcleo familiar cuenta con los siguientes electrodomésticos? (Opción Múltiple)
1. Lavadora de ropa _____ 2. Nevera _____
3. T.V. _____ 4. Teléfono celular _____ 5. Estufa _____
6. Computador _____ 7. Tablet _____ 8. Radio _____
- 2.30** ¿En qué condición posee la vivienda núcleo familiar? (Opción Única)
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 condición _____

CAPÍTULO 3. CARACTERIZACIÓN Y ORIGEN DE LA DISCAPACIDAD

- 3.1** ¿Cuál es el diagnóstico de su discapacidad? _____
- 3.2** ¿Hace cuánto presenta esta alteración? _____
- _____ Años _____ Meses
- 3.3** En su discapacidad, presenta alteraciones en: (Opción Múltiple)
1. Los ojos _____ 2. Los oídos _____ 3. El olfato _____
4. El tacto _____ 5. El gusto _____ 6. El habla _____
7. Extremidades superiores _____
8. Extremidades inferiores _____
9. El sistema cardiorrespiratorio _____
10. Las hormonas _____ 11. Adquirida o Genética _____
- 3.4** De las anteriores alteraciones ¿cuál es la que más le afecta? _____
- 3.5** ¿Sabe cuál es el origen de su discapacidad?
1. Si _____ 2. No _____
- 3.6** Incluya su discapacidad en las siguientes categorías: (Opción Única)
1. Movilidad _____ 2. Sensorial Auditiva _____
3. Sensorial Visual _____
4. Sensorial Gusto-Olfato-Tacto _____ 5. Sistémica _____
6. Mental Cognitivo _____ 7. Mental Psicosocial _____

8. Voz y Habla _____ 9. Piel, Uñas y Cabello _____
10. Enanismo _____ 11. Múltiple _____
- 3.7** Principalmente, su discapacidad es consecuencia de: (Opción Múltiple)
1. Condiciones de salud de la madre durante el embarazo _____ Cuál _____
2. Complicaciones durante el parto _____ Cuál _____
3. Enfermedad general _____ Cuál _____
4. Alteración genética, hereditaria _____ Cuál _____
5. Lesión autoinfligida _____ Cuál _____
6. Desastre natural _____ Cuál _____
7. Accidente _____ Cuál _____
8. Víctima de violencia _____ Cuál _____
9. Conflicto armado _____ Cuál _____
10. Dificultades en la prestación de servicios de salud _____ Cuál _____
11. Otra causa _____ Cuál _____
- 3.8** ¿En su familia existen o existieron más personas con discapacidad?
1. Si _____ 2. No _____ 3. No sabe _____
- 3.9** En sus actividades diarias presenta dificultades para: (Opción Múltiple)
1. Memorizar _____
2. Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas _____
3. Oír, aun con aparatos especiales _____
4. Hablar _____
5. Masticar, deglutir, asimilar y transformar los alimentos _____
6. Otra _____ Cuál? _____
7. Ninguno _____

FOCALIZAR LAS DISCAPACIDADES

- Si su discapacidad es **visual**, conteste las siguientes preguntas (Si su discapacidad no es visual, no conteste las siguientes preguntas)
- 3.10** Su discapacidad, ¿le limita para leer textos impresos?
1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____
- 3.11** Su discapacidad, ¿le limita para leer textos digitales aumentados?



1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.12 Su discapacidad, ¿le limita utilizar el sistema de lectura y escritura Braille?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.13 Su discapacidad, ¿le permite utilizar audiolibros?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

Si su discapacidad es **auditiva**, conteste las siguientes preguntas: (Si su discapacidad no es auditiva, no conteste las siguientes preguntas)

3.14 Qué tipo de discapacidad auditiva posee:

1. Sordo Profundo _____
2. Usuario de la Lengua de Señas _____
3. Sordo Usuario del español _____
4. Hipoacúsico _____

3.15 ¿Tiene implante coclear?

Sí _____ No _____

Si la respuesta es positiva, ¿ha tenido alguna afectación el implante coclear en el desarrollo de sus actividades diarias?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.16 Su discapacidad, ¿le limita a utilizar intérprete de lengua de señas?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.17 Su discapacidad, ¿le limita escuchar algunos sonidos?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

Si su discapacidad es **física**, conteste las siguientes

preguntas (Si su discapacidad no es física, no conteste las siguientes preguntas)

3.18 Su discapacidad, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes de alto rendimiento?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.19 Su discapacidad, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa o barrer?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.20 Su discapacidad, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.21 Su discapacidad, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.22 Su discapacidad, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.23 Su discapacidad, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.24 Su discapacidad, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.25 Su discapacidad, ¿le limita para escribir?

1. Sí, me limita mucho _____

2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

Si su discapacidad es **cognitiva**, conteste las siguientes preguntas (Si su discapacidad no es física, no conteste las siguientes preguntas)

3.26 Su discapacidad, ¿le limita para contar dinero?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.27 Su discapacidad, ¿le limita para orientarse en una ciudad?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.28 Su discapacidad, ¿le limita para hacer y mantener amistades?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.29 Su discapacidad, ¿le limita para caminar sin apoyo?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.30 Su discapacidad, ¿le limita para pronunciar palabras o hablar con claridad?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.31 Su discapacidad, ¿le limita para retener información a corto o largo plazo?

1. Sí, me limita mucho _____
2. Sí, me limita un poco _____
3. No, no me limita nada _____

3.32 En su hogar o entorno social, ¿quiénes presentan actitudes negativas que le Impidan desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía? (Opción Múltiple)

1. Familiares _____
2. Amigos _____
3. Compañeros _____
4. Vecinos _____
5. Cónyuge _____
6. Funcionarios, empleados _____
7. Otras personas _____



8. Nadie ____

CAPÍTULO 4. SALUD GENERAL

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

1. Si ____ 2. No ____

4.2 ¿Ha recibido atención general en salud, en el último año? (Opción Múltiple)

1. Atención general en salud ____

2. Atención en salud por causa de su discapacidad ____

3. Ninguna ____

4.3 ¿Requiere atención en salud por causa de su discapacidad?

1. Si ____ 2. No ____

4.4 Le formularon: (Opción Múltiple)

1. Medicamentos ____ Cuál ____

2. Ayudas técnicas. Como:

1. Prótesis ____ 2. Lentes ____ 3. Muletas ____

4. Bastón ____ 5. Audífonos ____

6. Implante coclear ____ 7. Silla de ruedas manual ____

8. Silla de ruedas motorizada ____

9. Otro Cuál ____

3. Ninguna ____

4.5 Utiliza actualmente: (Opción Múltiple)

1. Medicamentos ____ Cuál ____

2. Ayudas técnicas. Como:

1. Prótesis ____ 2. Lentes ____ 3. Muletas ____

4. Bastón ____ 5. Audífonos ____

6. Implante coclear ____ 7. Silla de ruedas manual ____

8. Silla de ruedas motorizada ____

9. Otro Cuál ____

3. Ninguna ____

4.6 ¿Requiere de la ayuda de otra persona o animal para realizar las actividades de su vida académica o laboral?

1. No ____

2. Si ____ Cual: (Opción múltiple)

1. Docente de apoyo ____ 2. Docente sombra ____

3. Docente modelo lingüístico ____

4. Intérprete de lengua de señas colombiana ____

5. Perro de servicio ____ 6. Perro lazarillo ____

4.7 ¿Cuál es la persona que más le ayuda para desarrollar sus actividades de la vida personal? (Opción Múltiple)

1. Algún miembro del hogar ____

2. Persona externa no empleada ____

3. Persona externa empleada para ayudarlo ____

4. Otra ____ Cual ____

CAPÍTULO 5. SALUD PSICOLÓGICA

5.1 ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? (Opción Única)

1. No, ninguno ____ 2. Sí, muy poco ____ 3. Sí, un poco ____

4. Sí, moderado ____ 5. Si, mucho ____ 6. Sí, muchísimo ____

5.2 Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Sí ____ 2. No ____

5.3 Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos

de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Sí ____ 2. No ____

5.4 Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Sí ____ 2. No ____

5.5 Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? (Opción Única)

1. Nada ____ 2. Un poco ____ 3. Regular ____ 4. Bastante ____

5. Mucho ____

CAPÍTULO 6. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

6.1 ¿Con qué genero se identifica? (Opción Única)

1. Hombre ____ 2. Mujer ____

6.2 ¿Has recibido algún tipo de formación sobre sexualidad y/o planificación familiar?

1. Si ____ 2. No ____

6.3 ¿Cuál es su orientación sexual? (Opción Única)

1. Hetera ____ 2. Homo ____ 3. Bi ____ Otros ____

Cuál ____

6.4 ¿Tienes actualmente pareja estable?

1. Si ____ 2. No ____

6.5 ¿Usa algún método anticonceptivo actualmente?

1. Si ____ 2. No ____