

Nombre	
Edad	H/M
Lugar	

Nombre del proveedor de atención	
Lugar	

### Indicador

#### Hogar

#### Comentarios

Viviendo solo Sí  No

Número de niños
-----------------

número bajo 14 años

Número de adultos
-------------------

número entre 15-50 Más de 50 años

Comentarios

#### Social

Familia o vecinos ayudando Sí  No

Recolección de agua A si mismo  Con ayuda  Nadie

Recolección de combustible, leña A si mismo  Con ayuda  Nadie

Cocinar alimentos A si mismo  Con ayuda  Nadie

Comentarios

#### Salud

Problemas respiratorios Sí  No

Problemas digestivos Sí  No

Problemas de eliminación Sí  No

Dolores de articulaciones Sí  No

Piernas hinchadas Sí  No

Problemas de la piel Sí  No

Otros problemas de salud Sí  No

Comentarios

#### Movilidad

Puede lavarse y vestirse a sí mismo Sí  No

Tiene problemas de usar las letrinas Sí  No

Usa bastón/muletas para caminar Sí  No

Puede caminar a los vecinos Sí  No

Puede caminar al mercado Sí  No

Puede caminar al centro de salud más cercano Sí  No

Comentarios

#### Necesidades básicas

Tiene refugio adecuado Sí  No

Tiene abastecimiento y cubo de agua Sí  No

Tiene suministro de alimento adecuado y regular Sí  No

Tiene facilidades para cocinar y combustible Sí  No

Tiene frazada(s) Sí  No

Tiene muda de ropas Sí  No

Comentarios

Otros comentarios