



**PROGRAMA PROVINCIAL DE TUBERCULOSIS (1)  
ENTREVISTA SOCIAL DE ADMISIÓN**

**A) INSTITUCIÓN DE REFERENCIA**

Nombre: \_\_\_\_\_

H. Clínica: \_\_\_\_\_ Consultorio externo: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_

Motivo de la intervención (2): \_\_\_\_\_

Fecha de entrevista: \_\_\_\_\_

Se entrevista a: \_\_\_\_\_

Vínculo (3) \_\_\_\_\_

**B) DATOS PERSONALES (4)**

Apellido y nombre (usual): \_\_\_\_\_

Apellido y nombre legal (5): \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género (6):  F  M  T

Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil (7): \_\_\_\_\_

Domicilio (8): \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfonos de referencia: \_\_\_\_\_

Escolaridad (9):

-Nivel primario  I  C

-Nivel secundario  I  C

-Nivel terciario/ universitario  I  C

-Ninguno:

-Analfabeto alfabetizado:



En caso de migrante **(10)**

-Fecha de ingreso al país: \_\_\_\_\_

-Tipo de residencia: transitoria  permanente

-Motivos de migración: \_\_\_\_\_

-Observaciones: \_\_\_\_\_

### **C) SITUACION LABORAL (11)**

Oficio/profesión: \_\_\_\_\_

Actividad actual:

-Ocupado:  SI  NO

-Detalle de la ocupación y cantidad de hs. \_\_\_\_\_

-Último día que trabajo: \_\_\_\_\_

-¿Cómo es su lugar de trabajo? Descripción Textual **(12)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Situación laboral (13):

-Insero en el *mercado laboral formal*:

En relación de dependencia:  Cuentapropista:

-Insero en *mercado laboral informal*:

Cuentapropista sin aportes:  Jornalero o trabajo eventual:  Otro:

-Obra Social:  SI ¿Cuál? \_\_\_\_\_  NO

Desocupado:

-Tiempo de desocupado: \_\_\_\_\_

Ocupación anterior: \_\_\_\_\_

Otras categorías:

-Estudiante:  SI  NO

-Trabajo intradoméstico:  SI  NO



-Jubilado/ Pensionado:  SI  NO

-Incapacidad laboral:  SI  NO

-En búsqueda de trabajo:  SI  NO

**D) UNIDAD DOMESTICA (14)**

-Nuclear:

-Extensa:

-Ensamblada:

-Reconstituida:

-Homoparental:

-Monoparental:

-Unipersonal:

-Otras:

**GRUPO DE CONVIVENCIA (15)**

<i>Apellido y Nombres</i>	<i>Vinculo</i>	<i>E. Civil</i>	<i>Edad</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Ingresos</i>	<i>Salud (16):</i>

Número de miembros:

**REDES SOCIALES DE APOYO (17):**



<i>Apellido y Nombres</i>	<i>Vinculo</i>	<i>Edad</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Salud</i>

### **E) CONDICIÓN SOCIO- ECONÓMICA**

Cantidad de miembros ocupados del grupo familiar: \_\_\_\_\_

Ingreso de la persona con diagnóstico de TBC: \_\_\_\_\_

Total de ingresos del grupo familiar: \_\_\_\_\_

Otros ingresos:

-Transferencias formales:  SI  NO ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

-Transferencias informales:  SI  NO ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Variables económicas agravantes (18):  SI  NO ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_

Evaluación Económica (19): No Pobre:  Pobre:  Indigente:

### **F) VIVIENDA Y HABITAT**

Zona:

Urbana

Urbano periférica

Rural

<i>Tipo</i>	<i>Tenencia</i>	<i>Muros</i>	<i>Techo</i>	<i>Pisos</i>
Casa	Terreno propio	Adobe	Losa	Tierra
Depto.	Terreno fiscal	Ladrillo	Zinc	Madera



Casilla	Alquilada	Bloque	Fibro cemento	Cemento
Hogar/Hotel/ Pensión	Prestada	Madera	Madera	Mosaico
Situación de calle	Compartida	Chapa	Paja	Cerámico
Centro carcelario	Usurpada	Cartón	Teja	Otro
Otro	Otro	Otro	Otro	

<i>Ambientes</i>	<i>Baño</i>	<i>Agua</i>	<i>Luz</i>	<i>Combustible P/ cocinar</i>
Hab. Única	Instalado	Potable	Eléctrica	Gas natural
Nº Dormitorios	Semi instal.	Red interna	Querosene	Gas envasado
Coc/Comedor	Letrina	Pico externo	Gas	Leña/ Carbón
Cocina	Pozo	Pico público	Vela	Otros
Living	No tiene	Pozo	Batería	
Patio		Molino	Otros	
Garaje		Cisterna		
		Aljibe		

Número de habitaciones destinadas para dormir:

Número de personas que duermen en cada habitación:

Número de camas:

Valoración profesional habitacional (20):

-Vivienda: Adecuada  No Adecuada

-Hacinamiento: (21)  SI  NO  Moderado  Critico

**G) ALIMENTACION**

-Se alimenta en su hogar?  SI  NO

-¿Dónde? Escuela  Centro Comunitario  Otros



-¿Cuántas comidas al día realiza? \_\_\_\_\_

-¿Recibe asistencia alimentaria?  SI  NO ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

### **H) SITUACION DE SALUD**

-Diagnóstico (22): \_\_\_\_\_

-Fecha diagnóstico.: \_\_\_\_\_ Fecha inicio de tratamiento.: \_\_\_\_\_

-¿Realizó tratamiento previo de tuberculosis?  SI  NO

-¿Ha podido terminar el tratamiento?  SI  NO

-Causa de abandono del tratamiento: \_\_\_\_\_

-Otras Enfermedades: DBT  Consumo de sustancias  Otras

### **I) REPRESENTACIONES SOCIALES**

*En la primer entrevista y sucesivas (23)*

-Respecto a la enfermedad ¿qué le informó el médico?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-¿Qué conoce sobre la enfermedad?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-¿Sabe cómo se contagió?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-¿Alguien de su familia o conocidos ya tuvo esta enfermedad?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-¿Se le explico cómo es el tratamiento?

