

Nombre
Edad H/M
Lugar

Nombre del proveedor de atención
Lugar

Indicador

Hogar

Comentarios

Viviendo solo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Recolección de agua	A si mismo <input type="checkbox"/>	Con ayuda <input type="checkbox"/>	Nadie <input type="checkbox"/>
Recolección de combustible, leña	A si mismo <input type="checkbox"/>	Con ayuda <input type="checkbox"/>	Nadie <input type="checkbox"/>
Cocinar alimentos	A si mismo <input type="checkbox"/>	Con ayuda <input type="checkbox"/>	Nadie <input type="checkbox"/>
Comentarios			

Salud

Problemas respiratorios	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas digestivos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas de eliminación	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolores de articulaciones	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Piernas hinchadas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problemas de la piel	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Otros problemas de salud	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Comentarios		

Movilidad

Puede lavarse y vestirse a sí mismo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiene problemas de usar las letrinas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Usa bastón/muletas para caminar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Puede caminar a los vecinos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Puede caminar al mercado	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Puede caminar al centro de salud más cercano	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Comentarios		

Necesidades básicas

Tiene refugio adecuado	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiene abastecimiento y cubo de agua	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiene suministro de alimento adecuado y regular	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiene facilidades para cocinar y combustible	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiene frazada(s)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiene muda de ropas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Comentarios		

Otros comentarios
