

Registro de Visita Domiciliaria Integral



1. Identificación ☐ Gestante ☐ Niño o niña

Nombre

apellido paterno

apellido materno

nombres

R.U.N.

Dirección

calle

número

block

población o villa

localidad

comuna

Teléfono de Contacto (fijo)

Teléfono de Contacto (móvil)

2. Datos de la visita

¿Se concreta la visita? ☐ sí ☐ no

Si la respuesta es "no", señale el motivo por el cual no se concreta la visita:

- ☐ Domicilio no corresponde.
- ☐ No hay nadie en la vivienda.
- ☐ No acepta la visita.
- ☐ Otro motivo.

Fecha de la visita

día

mes

año

Nombre de quienes realizan la visita

apellido paterno

nombre

Profesión

¿Se confirma situación de riesgo psicosocial? ☐ sí ☐ no

Se detecta riesgo en las siguientes áreas:

- ☐ Condiciones de habitabilidad.
- ☐ Condiciones de salubridad e higiene.
- ☐ Condiciones de salud mental.
- ☐ Violencia intra-familiar.
- ☐ Maltrato infantil.
- ☐ Abuso de sustancias nocivas (drogas, alcohol, etc.).
- ☐ Diagnóstico de déficit de la familia para resolver conflictos.
- ☐ Otro (especificar cuál)

Observaciones