

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

Institución de Referencia: \_\_\_\_\_

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

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

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

Vínculo (3) \_\_\_\_\_

**A) DATOS PERSONALES (4)**

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

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

DNI:-----

Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Género (6): F M O

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad (8): Nivel Primario  I  C

Nivel secundario  I  C

Nivel terciario/ universitario  I  C

Educación Especial  I  C

Ninguno: Analfabetx  Alfabetizadx

Domicilio (9): \_\_\_\_\_

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

**En caso de Migrante (10)**

- ✓ Fecha de ingreso al País: \_\_\_\_\_
- ✓ Tipo de residencia: Transitoria \_\_\_ Permanente \_\_\_\_\_
- ✓ Motivos de migración: \_\_\_\_\_
- ✓ Observaciones: \_\_\_\_\_

## B) SITUACIÓN LABORAL (11)

Oficio/Profesión: \_\_\_\_\_

Actividad Actual:

1- Ocupadx: \_\_\_\_\_ Detalle de la Ocupación y Cantidad de hs. Último día que trabajo: \_\_\_\_\_

Situación laboral (12):

1. Inseto en el mercado laboral formal:  
En relación de dependencia:  Cuentapropista:
2. Inseto en mercado laboral informal:  
Cuentapropista sin aportes:  Jornalero o trabajo eventual:  Otro:
3. Obra Social: SI \_\_\_Cuál? \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Cómo es su lugar de trabajo?

Descripción Textual

**(13)** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Desocupadx: Tiempo de Desocupadx: \_\_\_\_\_  
Ocupación Anterior: \_\_\_\_\_
5. Otras categorías: Estudiante: \_\_\_ Trabajo intradoméstico: \_\_\_  
Jubiladx/ Pensionadx: \_\_\_ Incapacidad laboral: \_\_\_  
En búsqueda de trabajo: \_\_\_\_\_

## C) UNIDAD DOMÉSTICA (14)

NUCLEAR:  EXTENSA:  ENSAMBLADA:

RECONSTITUIDA:  MONOPARENTAL:  UNIPERSONAL  OTROS:

**UNIDAD DOMÉSTICA CONVIVIENTE (15)**

Apellido y Nombres	Vínculo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Ingresos	Salud (16):

Número de miembros:

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

Apellido y Nombres	Vínculo	Edad	Teléfono	Salud

**D) CONDICIÓN SOCIO- ECONÓMICA**

Cantidad de Miembros Ocupadxs del Grupo Familiar:

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

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

Otros ingresos:

Transferencias Formales: NO - SI Cuales: \_\_\_\_\_.

Transferencia Informales NO - SI Cuales: \_\_\_\_\_.

Variables económicas agravantes **(18)**: NO - SI Cuales: \_\_\_\_\_.

Evaluación Económica **(19)**: No Pobre: \_\_\_\_\_ Pobreza: \_\_\_\_\_ Indigente: \_\_\_\_\_.

### E) VIVIENDA Y HÁBITAT

ZONA:	URBANA	URBANO PERIFÉRICA	RURAL
-------	--------	-------------------	-------

TIPO	TENENCIA	MUROS	TECHO	PISOS
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
Situac. de Calle	Compartida	Chapa	Paja	Cerámico
Centro Cárcel	Usurpada	Cartón	Teja	Otro
Otro	Otro	Otro	Otro	

AMBIENTES	BAÑO	AGUA	LUZ	COMBUSTIBLE P/ COCINAR
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	
Garage		Cisterna		
		Aljibe		

Número de habitaciones destinadas para dormir:

Número de personas que duermen en cada habitación:

Valoración profesional habitacional **(20)**:

VIVIENDA: Adecuada  No Adecuada

HACINAMIENTO: **(21)** No  Sí  Moderado   
Crítico

## F) ALIMENTACIÓN

¿Se alimenta en su hogar? SI  NO  ¿Dónde? Escuela- Centro Comunitario- Otros

¿Cuántas comidas al día realiza?

¿Recibe Asistencia Alimentaria? SI  NO  ¿Cuáles?

## G) SITUACIÓN DE SALUD

Diagnóstico (22): \_\_\_\_\_.

Fecha Diagnóstico.: \_\_\_\_\_ Fecha Inicio de Tratamiento.: \_\_\_\_\_.

Realizó tratamiento previo de Tuberculosis? NO - SI LO TERMINO – NO LO TERMINO

Causa de Abandono del Tratamiento: \_\_\_\_\_.

Otras Enfermedades: DBT -CONSUMO DE SUSTANCIAS- OTRAS \_\_\_\_\_.

En la primer entrevista y sucesivas(23)

Respecto a la enfermedad que le informó al médico?

¿Qué conoce sobre la enfermedad?

¿Sabe cómo se contagió?

Alguien de su familia o conocidos ya tuvo esta enfermedad?

Se le explicó cómo es el tratamiento?

¿Sabe qué es el Tratamiento Directamente Observado?

¿Sabe cómo prevenir el contagio?

¿Ha oído hablar sobre el Control de Foco?

¿Se sintió discriminadx en algún momento por estar aislado y por las medidas de prevención?

¿Dónde concurre habitualmente cuando tiene algún problema de salud?

**VALORACIÓN PROFESIONAL: (CONTINUIDAD O REFERENCIAL DE LA INTERVENCIÓN)**