



2011

NIVEL DE ESCOLARIDAD								SALUD													
¿Asistió a alguna institución educativa en el momento del desplazamiento?	¿Qué nivel de estudios tenía en el momento del desplazamiento?	¿Qué nivel de estudios tiene actualmente?	¿Estudia actualmente?		Sí?	No¿Cuál es la razón?	Le interesa estudiar?	Afiliado a Régimen:	Sin Afiliación? Cual es la razón?	¿Tiene algún tipo de discapacidad?	¿Presenta enfermedad terminal certificada por un médico?	NUTRICIÓN ¿Qué comidas consume al día?	¿Qué hace para prevenir las enfermedades?	¿Qué hace si tiene problemas de salud?	¿Se encontraba afiliado(a) a cual régimen de salud al momento del desplazamiento?	¿Acude a los servicios de salud del régimen al cuál esta afiliado?	GESTANTE ¿Se encuentra en estado de embarazo?	¿Ha recibido Control Prenatal?	LACTANTE ¿Se encuentra lactando o amamantando?	¿Ha recibido Control Post - Parto?	
→	→	→	()	()		()	()	()	()	()	(X)	()	(X) (X)	()	()						
			()	()		()	()	()	()	()	(X)	()	(X) (X)	()	()						
			()	()		()	()	()	()	()	(X)	()	(X) (X)	()	()						
			()	()		()	()	()	()	()	(X)	()	(X) (X)	()	()						
			()	()		()	()	()	()	()	(X)	()	(X) (X)	()	()						
			()	()		()	()	()	()	()	(X)	()	(X) (X)	()	()						
			()	()		()	()	()	()	()	(X)	()	(X) (X)	()	()						
			()	()		()	()	()	()	()	(X)	()	(X) (X)	()	()						
			()	()		()	()	()	()	()	(X)	()	(X) (X)	a	()						
			()	()		()	()	()	()	()	(X)	()	(X) (X)	()	()						
			()	()		()	()	()	()	()	(X)	()	(X) (X)	()	()						

[illegible]