| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN<br><br>FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO | F1.A1.LM5.PP | 24/11/2020 |
|---|---|---|---|
| | | Versión 4 | Página 1 de 2 |
| | | Clasificación de la Información:<br>Pública | |

**Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:** Martha Liliana Salas Machuca

**Fecha:** 11/05/2021

**Nombre de Unidad de Servicio (UDS):** `058371117356

**Código Unidad de Servicio (UDS):** Centro de Salud el Dos

| No. | I. DATOS USUARIO | | II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO | | | III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO | | | | | IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR | | | | | | V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1. Número de documento del usuario(a) | 2. Nombre usuario(a) | 3. Tipo de documento<br><br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Numero de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br><br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br><br>hh:mm | 9. Hora final<br><br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br><br>SI / NO | 11. # Total de personas en el hogar | 12. # de niñas y niños de 0 a 5 años | 13. # de mujeres gestantes en el Hogar | 14. # de personas mayores de 60 | 15. Acceso a agua para cocinar o tomar<br><br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br><br>SI / NO / NO APLICA | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional?<br><br>SI / NO | 18. ¿Durante el período de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes?<br><br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br><br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual. |
| 1 | 1007690839 | Julia María Pérez Suárez | 2. Cédula ciudadanía | 71988219 | Sergio Segundo Vega Lara | 1. Telefónico pedagógico | 3106626407 | 9:40 | 9:55 | SI | 4 | 0 | 1 | 0 | SI | SI | SI | SI | N/A | N/A |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | | | | |

Liliana Salas

Firma del agente educativo



Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

| No. | VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES | | | | | | | | | | | | VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar | 21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico | 22. Novedad 1. (Alertas sociales)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2. (Alertas emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Prefiere estar quieto a jugar)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Novedad 7. (Síntomas gastrointestinales)<br>SI / NO / NO APLICA | 29. Novedad 8. (Hábitos alimentarios – consumo de alimentos)<br>SI / NO / NO APLICA | 30. Novedad 9. (Síntomas respiratorios)<br>SI / NO / NO APLICA | 31. Otras novedades y observaciones | 32. Indique los números de las prácticas trabajadas | 33. Fecha y hora siguiente llamada<br>dd/mm/aaaa | <br>hh:mm |
| 1 | 1 | 1 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | NO | SI | | 11.2, 13.5 y 10.3 | 13/05/2021 | 9:40 |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 14 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 16 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | dd/mm/aaaa | hh:mm |

Liliana Salas.

Firma del agente educativo




LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012