BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Inirida-Guainia.
Fecha: 14-09-2021.

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

DECLARACIÓN DEL USUARIO:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS NU3 contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: Diana Angelica Gonzalez Estrada.

No. documento de identidad: CE.26013511 Firma: Diana Angelica.

Responsable de (nombre de la niña o niño) Hilda liceth Gonzalez Estrada.

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: NU3

Victor Manuel Acosta R. No. documento de identidad: 1121721224

Firma:

Observaciones:

Menor con riesgo de desnutrición que ingresa a la modalidad de nacionalidad Colombiana.

Escaneado con CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
7.73	74.5	R DNT A

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Hilda liceth Gonzalez Estrada.	16-Junio-2020	14-09-2021

Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☑	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
	1 año 3 meses.	NA

Tipo de documento de identidad	Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:	Número de documento de identidad
1. ☑ Registro civil 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☐ Cédula Ciudadanía 4. ☐ No tiene	1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia 2. ☐ Falta de gestión familiar 3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan 4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a 5. ☐ Otra, cuál: _____	RC 1121924357

Étnicamente se reconoce como:	
1. ☐ Indígena Pueblo: _____ 2. ☐ Rromm Kumpania: _____ 3. ☐ Negro/a 4. ☐ Afro 5. ☐ Raizal 6. ☐ Palenquera 7. ☒ Ninguna	Es desplazado: NO ☒ SI ☐ De donde: _____ Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐ Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Diana Angelica Gonzalez Estrada	Madre.	Sin Contacto

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐

Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5

En que categorias presenta discapacidad	Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.	La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐
1. ☐ Alteración a nivel de movilidad 2. Alteraciones a nivel sensorial: ☐ Auditiva ☐ Visual ☐ Gusto ☐ Olfato ☐ Tacto 3. Alteraciones a nivel mental: ☐ Cognitivo ☐ Pslcosocial 4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico 5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla 6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas	1. ☐ Leve Independiente 2. ☐ Moderada Semindependiente 3. ☐ Severa Dependiente	Entidad que certifica la discapacidad: _____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?	¿Requiere ayuda de otra persona? NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	¿Requiere ayuda técnica? NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐
NO ☐ SI ☐		

Escaneado con CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	F2.MO7.PP	07/09/2020
		Versión 2	Página 3 de 3

¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

Departamento: Guainía	Municipio: Inírida.	Zona: Rural ☐ Urbana ☑
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Resguardo Paujil	Dirección: Barrio Cucurital.	Coordenadas geográficas: N: 3°52'52,6" W: 67°56'004"

Primera opción de contacto		Segunda opción de contacto	
Número de contacto: Sin Contacto	Nombre: NA	Número de contacto: Sin Contacto	Nombre: NA
Parentesco: NA		Parentesco: NA.	

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): Resguardo el paujil, Comunidad o barrio Cucurital, por los lados de la cancha de futbol, al lado de chalibule.

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad	✓		Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	✓	
Carné de vacunación	✓		Carné control prenatal (mujeres gestantes)	NA	NA
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)		✓	Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad		✓

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO

Menor que ingresa con riesgo de desnutrición, Sin embargo se encuentra con buenas Condiciones Generales.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Diana Angelica Gonzalez Estrada. Diana Angelica.	Nombre y firma de la persona que diligencio: Victor Manuel Acosta Rodriguez.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☑ Gestor/a

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.

Escaneado con CamScanner