| BIENESTAR FAMILIAR | PROCESO<br>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): Comunidad Pueblo Nuevo
Fecha: 1/04/2021

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: Hermelinda Ramirez Torres

No. documento de identidad: cc 42'500.582 Firma x Hermelinda R

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Sandra Yuleidy Rodriguez Ramirez

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Robinson Gaitán Rodriguez No. documento de identidad: 1.010.024.537

Firma:

**Observaciones:**

Mujer gestante con bajo peso para la edad gestacional.



Escaneado con CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 52 | 157 | Bajo peso para la edad gestacional |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Sandra Yuleidy Rodriguez Ramirez | 11/07/2003 | 01-04-21 |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐ | 17 años | |

**Tipo de documento de identidad**
1. ☒ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula Ciudadanía
4. ☐ No tiene

**Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:**
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: _____

**Número de documento de identidad:** 1010.041.269

**Étnicamente se reconoce como:**
1. ☒ Indigena Pueblo: Piapoco
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 |
|---|---|---|
| Hermelinda Ramirez Torrez | mamá | 314 227 0044 |

## 3. DISCAPACIDAD

**Presenta discapacidad: NO ☒ SI ☐**

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

**En que categorías presenta discapacidad**
1. ☐ Alteración a nivel de movilidad
2. Alteraciones a nivel sensorial:
   - ☐ Auditiva
   - ☐ Visual
   - ☐ Gusto
   - ☐ Olfato
   - ☐ Tacto
3. Alteraciones a nivel mental:
   - ☐ Cognitivo
   - ☐ Psicosocial
4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico
5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla
6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas

**Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.**
1. ☐ Leve Independiente
2. ☐ Moderada Semindependiente
3. ☐ Severa Dependiente

**La discapacidad ha sido diagnosticada:** NO ☐ SI ☐

**Entidad que certifica la discapacidad:** _____

**¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?**

NO ☐ SI ☐

**¿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 ☐




Escaneado con CamScanner

| ¿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: Barrancominas | Zona: Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Pueblo Nuevo | Dirección: | Coordenadas geográficas: N: 3° 25' 13" W: 69° 52' 36" |

| Primera opción de contacto | | Segunda opción de contacto | |
|---|---|---|---|
| Número de contacto: / | Nombre: / | Número de contacto: / | Nombre: / |
| Parentesco: / | | Parentesco: / | |

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

La casa se ubica al frente del puesto principal de Pueblo Nuevo.

**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) | | N.A |
| Carné de vacunación | | ✓ | Carné control prenatal (mujeres gestantes) | | ✓ |
| 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**

La mujer gestante Ingreso Con bajo peso para la edad gestacional

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| Hermelinda Ramirez Torrez | Robinson Gaitan Rodriguez |
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a |
| X Hermelinda R | |




Escaneado con CamScanner