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

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Laguna Corvina
Fecha: 15-04-2021

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: Marco Abrelio Calderon Giraldo (abuelo).

No. documento de identidad: 19.016.897 Firma: M.A.C.G

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Hija de Griselda Herrera Lara.

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Kent Arnold Caicedo Aguirre. No. documento de identidad: 1.121.901.969

Firma: Arnold Caicedo.

**Observaciones:**

Mama mayor de 6 meses que ingresa a la modalidad con Diagnostico de Riesgo de Desnutricion Aguda. Ingresa con nombre de la mama, no presenta Documentos requeridos incompletos.



Escaneado con CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 7,7 Kgs. | 72,6 | Riesgo de desnutrición |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Hija de Griselda Herrera Lara | 29/12/2019 | 15-04-2021 |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒ | 15 meses | |

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

Étnicamente se reconoce como:
1. ☒ Indígena Pueblo: Si Kuani
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 |
|---|---|---|
| Griselda Herrera Lara | Madre | |

## 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? | ¿Requiere ayuda de otra persona? | ¿Requiere ayuda técnica? |
|---|---|---|
| NO ☐ SI ☐ | NO ☐ SI ☐<br>En caso de requerirla realice descripción de la ayuda | NO ☐ SI ☐<br>¿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: Laguna Curuina | Dirección: Al interior de la laguna | Coordenadas geográficas: N: 3° 39' 35.04" W: 69° 23' 41.3" |

| 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...):
Vivienda localizada al lado de la casa del Capitan de la Comunidad.

**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**

Usuaria niña mayor de 6 meses que ingresa a la modalidad con el nombre de la madre debido a la falta del documento.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Arnold Caicedo. |
| | Función: Coordinador<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☐ Gestor/a |



Escaneado con CamScanner