| 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): Charlore
Fecha: 01/07/2021

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 nu 3 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: Adelayda Ramirez Cawawana

No. documento de identidad: 1.010.028.861 Firma x Adelayda R.

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Gestante.

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

Firma:

**Observaciones:**

Ingreso muja gestante Con bajo peso para la edad gestacional

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

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

Escaneado con CamS

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 46,5 | 153 | Bajo Peso para Edad Gest |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Adelayda Ramirez Cawawana | 13/08/1993 | 21/07/2021 |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐ | 28 años | |

| 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: _____ | 1010028861 |

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

| Nombre Acudiente/responsable | Parentesco | Número de contacto |
|---|---|---|
| Adelayda Ramirez Cawawana | Gestante | No |

## 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<br>2. Alteraciones a nivel sensorial:<br>☐ Auditiva<br>☐ Visual<br>☐ Gusto<br>☐ Olfato<br>☐ Tacto<br>3. Alteraciones a nivel mental:<br>☐ Cognitivo<br>☐ Psicosocial<br>4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico<br>5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla<br>6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas | 1. ☐ Leve Independiente<br>2. ☐ Moderada Semindependiente<br>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 ☐<br>En caso de requerirla realice descripción de la ayuda | ¿Requiere ayuda técnica? NO ☐ SI ☐<br>¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐ |
|---|---|---|
| NO ☐ SI ☐ | | |




Escaneado con CamS

| 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 3 de 3 |

| ¿Requiere terapia y/o rehabilitación?<br>NO ☐ SI ☐ | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?<br>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?<br>NO ☐ SI ☐ |
|---|---|---|
| | | |

**4. DATOS DE DOMICILIO**

| Departamento: Guainía | Municipio: Barrancominas | Zona:<br>Rural ☒ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: chatare. | Dirección: chatare. | Coordenadas geográficas:<br>N: 3° 32' 6"<br>W: 68° 42' 54" |

| 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 Vivienda se encuentra Cerca de la escuela de chatare.

**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) | | p.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**

Gestánea la esquema de Vacuna, y el Carnet Control prenatal.

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



Escaneado con CamS