| 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): Inírida (primavera I Etapa).
Fecha: 01/04-2021

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: Mchisner Chipiaje Rodriguez

No. documento de identidad: 1121719226 Firma Mchisner Chipiaje

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Jhoan Mateo Chipiaje Rodriguez

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Jorge Ivan Ramirez Rodriguez No. documento de identidad: 1125473019

Firma:

**Observaciones:**

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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Escaneado con CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 3,73 | 53,9 | |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Thoan Mateo Rodriguez | 20-Marzo-2021 | 01/04/2021 |

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

| 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 Kuan4<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 |
|---|---|---|
| Edgar Vicente Rodriguez | Conyugue | 3144419828 |

## 3. DISCAPACIDAD

**Presenta discapacidad: NO ☐ SI ☐**

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

| En que categorías presenta discapacidad | Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia. | La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐<br>Entidad que certifica la discapacidad: |
|---|---|---|
| 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 | _____ |

| ¿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?<br>NO ☐ SI ☐ |




Escaneado con CamScanner

| ¿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<br>_____ |
|---|---|---|
| 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: Inirida | Zona:<br>Rural ☐ Urbana ☑ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Primavera 1 Etapa | Dirección: | Coordenadas geográficas:<br>N: _____<br>W: _____ |

| 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...):

En los Semáforos al lado de la pizzeria yucokobi

## 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) | | |
| 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

Año

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