| 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
Fecha: 26-11-2021

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: Deysimar Carolina Alvarez Villa

No. documento de identidad: SD. Firma x Deisymar

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Jesus Matias Ortega alvarez

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

Eliana Paredes No. documento de identidad: 1067724886

Firma: Eliana Paredes.

**Observaciones:**

Menor de 5 años que se encuentra en riesgo de desnutrición según valoración del nutricionista
Responde a estímulos sensoperceptival



Escaneado con CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 9,6 | 81,2. | RIESGO A |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiano/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Jesus Matias Ortega Alvarez | 28-agosto-2020. | 26-11-2021 |

| Tipo de beneficiano/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante ☐ Niño o Niña ☒ | | 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<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: _____ | 1.121.725.213 |

| Étnicamente se reconoce como | |
|---|---|
| 1. ☒ Indígena Pueblo Yare<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 victima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐<br>Hecho victimizante: _____ |

| Nombre Acudiente/responsable | Parentesco | Número de contacto |
|---|---|---|
| Deysimar Carolina Alvarez | Madre | 3138468414 |

## 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 discapacid<br>_____ |

| ¿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 ☐ |


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

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS SUMINISTRADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

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: Guainia | Municipio: Inirida. | Zona: Rural ☐ Urbana ☐ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria: Comunidad Guamal. | Dirección: El marichal | Coordenadas geográficas: N: 3° 23' 457" W: 69° 22' 589" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: 313 846 8414 Nombre: Deysimar Alvarez | Número de contacto: 313 846 8414 Nombre: Jhonatan Ortega |
| Parentesco: Madre | Parentesco: Padre |

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): Beneficiario que vive vda Guamal en una finca llamada el marichal (con un) de. portón negro.

## 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 fisica, obtenerlo virtualmente) | | | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad | ✓ | |

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

Beneficiario en riesgo de desnutricion. no presenta edema.

| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: | Nombre y firma de la persona que diligencio: |
|---|---|
| x Deysimar<br><br>Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | Eliana Marcela Paredes.<br><br>Función:<br>☐ Nutricionista<br>☑ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermeria<br>☐ Gestor/a |




Escaneado con CamScanner