BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN 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

gar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Inirida.
cha: 28-11-21

presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de ias o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

:CLARACIÓN DEL USUARIO:

han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que ibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del tituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo pecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia án puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

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 acionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el r, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar po de seguimiento a realizarse con mi familia.

mbre completo de madre, padre o cuidador: Misleida del Valle Ponare.

documento de identidad: SD Firma A

sponsable de (nombre de la niña o niño) Williannys Sofia Franchi Ponare.

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

esar Martinez Cacua No. documento de identidad: 1121715474.

ia:

)rvaciones:

Gestante que se encuentra con riesgo de desnutrición aguda, no presenta dolencia física.

Escaneado con CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
11,2	906	ROJO

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Williannys Franchi Ponare.	30-Sep-2018.	

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	3,2 meses.	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 2. ☐ Tarjeta de Identidad 3. ☐ Cédula Ciudadanía 4. ☐ No tiene	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: Venezolana.	

Étnicamente se reconoce como:	
1. ☐ Indígena Pueblo: _____ 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
Misleida del Valle Ponare	Mamá	3134238643.

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	Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.	La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐
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	1. ☐ Leve Independiente 2. ☐ Moderada Semindependiente 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?	¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐	NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	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: Guainia	Municipio: Inirida	Zona: Rural ☐ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, rancheria: B. Libertadores	Dirección: Calle 29-	Coordenadas geográficas: N: 3°52'2.4032" W: 69°54'5,9712.

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: 313 423 8623 Nombre: Mirlesta Panare	Número de contacto: Nombre:
Parentesco: mama	Parentesco:

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

Beneficiaria que se encuentra) vive en el barrio los libertadores

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

Beneficiaria que se encuentra bien de Salud.

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:	César Martinez Garcia.
	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☒ Gestor/a

Escaneado con CamScanner