Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Barrancominas
Fecha: 28-12-22.

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: Jazmin Andrea Gaitan Piñeros

No. documento de identidad: 1124778020 Firma Jazmin Andrea Gaitan Piñeros

Responsable de (nombre de la niña o niño) Alanis Vanessa Gaitan Piñeros

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Aldineyer Jimenez Rodriguez No. documento de identidad: 1120333299.

Firma:

Observaciones:

Niña mayor de 6 meses que ingresa a la modalidad con riesgo de desnutricion Aguda cumpliendo con el criterio de ingreso como lo indica el manual operativo.

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
6.4 kg	65 cm	R = DNTA

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Alanis Vanessa Gaitan Piñeros	14-03-2020	28-12-22

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	10 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 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: _____	1244586 19

Étnicamente se reconoce como:	
1. ☐ Indigena Pueblo: Sikuani 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
Jazmin Andrea Gaitan Piñeros	TIA	~

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 ☐
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? NO ☐ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	¿Requiere ayuda técnica? NO ☐ SI ☐ ¿Cuenta con la ayuda técnica? NO ☐ SI ☐
NO ☐ SI ☐		

Powered by 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:	Municipio:	Zona: Rural ☐ Urbana ☒
Guainia	Barrancominas	

Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección:	Coordenadas geográficas: N: W:
Barrancominas	Barrancominas	

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 de la usuaria se encuentra ubicado al frente de la planta electrica del municipio en el sector nueva Fundacion

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad	X		Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	X	
Carné de vacunación	X		Carné control prenatal (mujeres gestantes)	N	A
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	X		Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	X	

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

La usuaria menor de 5 año y mayor de 6 meses Ingresa a la modalidad con los documento requerido por la modalidad.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Jazmin Andrea Cortan P.	[signature]
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner