Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Concordia
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: Natalia Dilia Gaitan Gaitan

No. documento de identidad: 1.124.778789 Firma: Dilia

Responsable de (nombre de la niña o niño) Jose Mauro Gaitan

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Angi Lorena Zurita Vargas No. documento de identidad: 1003140944

Firma: Angi Zurita C.

Observaciones:

Niño mayor de 6 meses con riesgo de desnutrición Aguda.
y la acudiente quien la acompaña en el momento de la valoración es su señora madre.

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.

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
8 kg	73 cm	R= DNT A

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Jose Mauro Gaitan Gaitan	04-10-2021	28-12-22

Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☐	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
	1 año 3 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: _____	1244458484

Étnicamente se reconoce como:	
1. ☐ Indígena Pueblo: Piaroco 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
Natalia Dilia Gaitan Gaitan	Madre.	—

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: Vichada.	Municipio: Cumaribo	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Concordia	Dirección: Concordia.	Coordenadas geográficas: N: 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...):
La vivienda se encuentra ubicado cerca a la casa del capitan.

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	X		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

Usuario ingresa sin Control de crecimiento y desarrollo, queda compromiso, gestionarlo

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
✓ Dilia Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Anyi Zuñiga V. Función: ☐ Nutricionista ☒ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☐ Gestor/a

Powered by CamScanner