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

ugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Barrancominas
echa: 27-12-22.

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

ECLARACIÓN DEL USUARIO:

e han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que cibirá 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 specto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia rán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

r 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 gar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar ipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

mbre completo de madre, padre o cuidador: Tirso Cabares Gaitan

. documento de identidad: 1124778072 Firma xTirso Cabares Gaitan.

sponsable de (nombre de la niña o niño) Luz Dency Gaitan Gaitan

mbre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Aquiles Rojas Rodriguez No. documento de identidad: 1121717016.

rma: AA.

bservaciones:
Ingresa mujer gestante con bajo peso para la edad gestacional y figura como acudiente su esposo el señor Tirso Cabares Gaitan.

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO

P2.MO7.PP

Versión 2

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
46 kg.	151 cm.	BPEG

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ing
Luz Dency Gaitan Gaitan	2-12-2004	27-12-

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- sem
Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐	21 Años.	gestación 10

Tipo de documento de identidad	Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:	Número de 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: _____	1124994

Étnicamente se reconoce como:	
1. ☒ Indígena Pueblo: Piapoco 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
Tirso Cubares Gaitan	esposo	No Tiene

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 disca

¿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 ☐

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

	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 3 de 3

equiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención
scripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO

partamento: Guainia	Municipio: Barrancominas	Zona: Rural ☐ Urbana ☒
mbre de la Vereda, Barrio, residencia, nuna, corregimiento, ranchería: Barrancominas	Dirección: via a la planta	Coordenadas geográficas: N: W:

nera opción de contacto
nero de contacto: no tiene Nombre: Tirso cabares
entesco: esposo

Segunda opción de contacto
Número de contacto: / Nombre: /
Parentesco: /

servaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, ares cercanos...):
la ubicacion de la beneficiaria queda por la via a la planta electrica del municipio por la segunda cuadra del hospital.

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

Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
cumento de identidad	X		Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	N	A
rné de vacunación		X	Carné control prenatal (mujeres gestantes)		X
iación a SGSSS (si no se cuenta con dencia 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 Mujer Gestante al momento del Ingreso no contaba con Carnet de vacunas, Afiliacion SGSSS, ni control prenatal y queda como compromiso la gestion de estos.

mbre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores edad:
Tirso Cabares Gaitan.

manifiesta no saber firma colocar Huella:

Nombre y firma de la persona que diligencio:

Función:
☐ Nutricionista
☐ Profesional social
☐ Auxiliar de enfermería
☒ Gestor/a

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

Powered by CamScanner