Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Ipiales

Fecha: 10-01-2023

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 N3 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: Jeider ediel Cabarte Gallan

No. documento de identidad: 1121715560 Firma: x

Responsable de (nombre de la niña o niño) Ana Angelica Diaz Martinez

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Deby Rocio Castro Madrid No. documento de identidad: 49.672.819

Firma:

Observaciones:

Gestante de 19 semanas x control prenatal, sera Gestante con muy bajo peso para la edad Gestacional.

Escaneado con CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
47 kg	1.52 mts	Bajo peso edad gestacional.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Diana Angelica Diaz Martinez	5-junio-1997	10-01-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐	23 años	19 Semanas.

Tipo de documento de identidad
1. ☐ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☒ Cédula Ciudadanía
4. ☐ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:
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: _____

Número de documento de identidad: 1121 718692

Étnicamente se reconoce como:
1. ☒ Indígena Pueblo: Yanacue
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
Leider Ediel Calvente Falton	Esposo	No tiene

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
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

Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.
1. ☐ Leve Independiente
2. ☐ Moderada Semindependiente
3. ☐ Severa Dependiente

La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐

Entidad que certifica la discapacidad: _____

¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?

NO ☐ SI ☐

¿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 ☐

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: Guajira	Municipio: Riohacha	Zona: Rural ☐ Urbana ☒
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Barrio porvenir	Dirección: entrada a platanillal barrio porvenir	Coordenadas geográficas: N: 3° 52' 56.3412" W: 69° 55' 33.3552"

Primera opción de contacto		Segunda opción de contacto	
Número de contacto: 3138661229	Nombre: Ediel Cabarte	Número de contacto: /	Nombre: /
Parentesco: Esposo		Parentesco:	

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): vive en el barrio porvenir cerca de la entrada de la iglesia hacia la vía de platanillal.

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

En el momento gestacional que según IMC actual registra bajo peso para la edad gestacional.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Jander Ediel Cabarte. Diana Angelica Diaz Martinez. Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: Yeisy Paola Cano Maldonado Función: ☒ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☐ Gestor/a

Escaneado con CamScanner