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

Fecha: 11-01-2023

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 NUB 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: Mildred Maria Rodriguez Rivera

No. documento de identidad: 1121[illegible]542 Firma: Mildred

Responsable de (nombre de la niña o niño) Hija de mildred Rodriguez

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

Olga Lucia Barrera No. documento de identidad: 1121711797.

Firma: Olga Lucia Barrera

Observaciones:

Beneficiaria que se encuentra en riesgo de desnutrición el cual se encuentra al cuidado de la mamá.

Escaneado con CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
7	67.5	RDNT. Aguda

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Hijo de Hildred Rodriguez	23-03-2022	11-01-2023

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

Étnicamente se reconoce como:	
1. ☒ Indígena Pueblo: Pioroco 2. ☐ Rromm Kumpanía: _____ 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
Hildred Maria Rodriguez	madre	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	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: Guainía	Municipio: Inirida	Zona: Rural ☑ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Com. 5 Caño Fistol.	Dirección: Rio Guaviare.	Coordenadas geográficas: N: 3°58' 45.7356" W: 68°15' 15.3092"

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...): Beneficiario que vive diagonal 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	✓		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

Beneficiario en riesgo de desnutricion segun indicativo P/T.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
+Mildred	Olga Lucia Barrera
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☑ Gestor/a

Escaneado con CamScanner