

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 1 de 3

Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Murdo
 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 NUS 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: Marcia Florez Chipiale

No. documento de identidad: 1007023626 Firma x Marcia

Responsable de (nombre de la niña o niño) Jesus Emanuel Ramirez Florez

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

Sena Hernandez No. documento de identidad: 42548593

Firma: Marcela Sena

Observaciones:

Niño Mayor de 2 años que ingresa a la modalidad
con riesgo de denutrición Aguda.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
 LOS DATOS PERSONALES SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 2 de 3

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO			
Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional	
11,1	88,5	PDNTA	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a		Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
JESUS EMANUEL PARRINER FLORES		26 - Ago - 2020	10 - 01 - 2023
Tipo de beneficiario/a		Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒		2 años 4 meses	NA
Tipo de documento de identidad		Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:	
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: _____	
		Número de documento de identidad	
		1121724945	
Étnicamente se reconoce como:		Es desplazado: NO ☒ SI ☐	
1. ☒ Indígena Pueblo: <u>silvami</u> 2. ☐ Rromm Kumpania: _____ 3. ☐ Negro/a 4. ☐ Afro 5. ☐ Raizal 6. ☐ Palenquera 7. ☐ Ninguna		De donde: _____	
		Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐	
		Hecho victimizante: _____	
Nombre Acudiente/responsable		Parentesco	Número de contacto
Marcio Flores chipaje		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 de severidad en relación con el nivel de dependencia.	
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	
		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?		¿Requiere ayuda de otra persona?	
NO ☐ SI ☐		NO ☐ SI ☐	
		En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	
		¿Requiere ayuda técnica?	
		NO ☐ SI ☐	
		¿Cuenta con la ayuda técnica?	
		NO ☐ SI ☐	

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 ICOREY A LA LEY 1581 DE 2012

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.MO7.PP	07/09/2020
	FORMATO FICHA DE INGRESO A LA MODALIDAD 1.000 DÍAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	Versión 2	Página 3 de 3

¿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: <u>Guainia</u>	Municipio: <u>Ininda</u>	Zona: Rural ☒ Urbana ☐			
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>Pto Esperanza</u>	Dirección: <u>pto Esperanza Barrio La hormiga, enseguida de la iglesia</u>	Coordenadas geográficas: N. <u>3° 53' 32.3152"</u> W. <u>68° 25' 12.9288"</u>			
Primera opción de contacto Número de contacto: <u>/</u> Nombre: <u>/</u> Parentesco: _____	Segunda opción de contacto Número de contacto: <u>/</u> Nombre: <u>/</u> Parentesco: _____				
Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): <u>Beneficiario que vive en la comunidad de pto Esperanza barrio La hormiga, cerca a la iglesia</u>					
5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	SI	No	Documento	SI	No
Documento de identidad	✓		Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	✓	
Carné de vacunación	✓		Carné control prenatal (mujeres gestantes)	NA	NA
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					
<u>Beneficiario que se encuentra en buen estado de salud pero al realizar las tomas Antropométricas se encuentra en riesgo de desnutrición Aguda.</u>					
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: <u>+ Marcia</u>			Nombre y firma de la persona que diligencio: <u>Marcela Serna</u>		
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:			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