Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): inirida
Fecha: 26 - 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 INDI 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: Karen Vanessa Diaz lara.

No. documento de identidad: 1121946648 Firma KAREN VANESA DIAZ LARA.

Responsable de (nombre de la niña o niño) Alaibth Diaz lara.

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

Olga lucia Barrera No. documento de identidad: 1121911797.

Firma: Olga lucia Barrera.

Observaciones:

Beneficiaria gestante menor de 14 años que encuentra en bajo peso para la edad gestacional la cual convive con los padres.

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.

Escaneado con CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
42	143	BPEG.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de ingreso
Abigaith Diaz Lora	20 - JUNIO - 2009	26 - 01 - 2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante ☒ Niño o Niña ☐	13 años	15

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: _____	1121913095

Etnicamente se reconoce como
1. ☒ Indígena Pueblo Sakuasy
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	Numero de contacto
Karen Vanessa Diaz Lora	madre	

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 sistemico
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 localizacion 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: Guainia.	Municipio: Inirida	Zona: Rural ☑ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Cam/ Santo Domingo	Dirección: Rio Guaviare.	Coordenadas geográficas: N: 3°55' 29.3032" W: 67°53' 51.243"

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...): Beneficiaria gestante que vive 50 mts mas abajo de la casa del niño Inirida.

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)		✓
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

Beneficiaria que no cuenta con controles prenatales y vacunas.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Karen Vanessa Diaz Lara	Olga Lucia Rivera.
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☑ Gestor/a

Escaneado con CamScanner