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 1 de 3

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

Fecha: 22-02-2023

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 003 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: Gilberto Gaitan Gaitan.

No. documento de identidad: 1121711866 Firma Gilberto Gaitan

Responsable de (nombre de la niña o niño) Hija de Yesica Gaitan Perez

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

Olga lucia Barrera. No. documento de identidad: 1121711992

Firma: Olga lucia Barrera

Observaciones:

Beneficiaria lactante que ingresó a la modalidad en remplazo de la madre con diagnostico adecuado segun indicativo P/T. No cuenta con garantias de derecho la madre manifiesta que pronto se trasladarian a inirida para inicio proceso de fortalecimiento de la niña

Escaneado con CamScanner

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 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: Guainía	Municipio: Inírida	Zona: Rural ☑ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Com 1 San Benito	Dirección: Rio Guaviare.	Coordenadas geográficas: N: 3°54'57.93408" W: 67°19'20.66"

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 que vive diagonal a la escuela

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

Beneficiaria que al momento de ingreso no cuenta con Documento por lo cual se le deja compromiso a los padres en cuanto a la garantía de derechos.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Gilberto Gaitan Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: Olga Lucía Barrera. Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☑ Gestor/a

Escaneado con CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
3.4	48.9	P/T. Adecuado

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Bua de Yauca Gaitan Perez	8-02-2023	22-02-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante ☐ Niño o Niña ☑	14 - Dias.	N/A.

Tipo de documento de identidad
1. ☐ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula Ciudadania
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: SD

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
Gilberto Gaitan Gaitan	Abuelo	- -

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO ☑ SI ☐

Si la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5

En que categorias 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