

 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): Barranco Pácora
 Fecha: 21-03-2023

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 no 3 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: Yolady Rodriguez

No. documento de identidad: 1121708642 Firma: [Firma]

Responsable de (nombre de la niña o niño) David Jesus Cabarte Cavarte

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

Rojas Rodriguez No. documento de identidad: 1121717016

Firma: [Firma]

Observaciones: Ingresar niño mayor de 6 meses con
Riesgo de desnutrición Aguda y figura como
Audiencia el padre.

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

 BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F2.M07.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 <u>8,85</u>	Talla inicial beneficiario <u>76,5</u>	Clasificación nutricional <u>R-DNT-A</u>	
2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A			
Nombre Beneficiario/a <u>David Jesus Cabarte Cavarte</u>		Fecha de nacimiento <u>16-12-2021</u>	Fecha de Ingreso <u>21-03-2023</u>
Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒		Edad al ingreso beneficiario/a <u>1 año</u>	Para mujeres gestantes- semanas de gestación <u>NA</u>
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 <u>1172465187</u>
Étnicamente se reconoce como: 1. ☒ Indígena Pueblo: <u>piapoco</u> 2. ☐ Rromm Kumpana: _____ 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 <u>Yubidy phoana Cavarte</u>		Parentesco <u>madre</u>	Número de contacto <u>no tiene</u>
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 de 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 ☐

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 ICBY VÁLIDA HASTA EL 15 DE 2017

 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

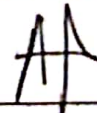
¿Requiere terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención _____
Descripción de la terapia y/o rehabilitación	Descripción de la discapacidad	¿Tiene proceso de interdicción? NO ☐ SI ☐

4. DATOS DE DOMICILIO			
Departamento: <u>Guainía</u>	Municipio: <u>Barrancolina</u>	Zona: Rural ☐ Urbana ☐	
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: <u>Picure</u>	Dirección: <u>Barriano Picure</u>	Coordenadas geográficas: N: <u>3°39'46"</u> W: <u>69°38'19"</u>	
Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto		
Número de contacto: _____	Nombre: _____	Número de contacto: _____	Nombre: _____
Parentesco: <u>/</u>	Parentesco: <u>/</u>		

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

La ubicación de la vivienda queda en la primera casa subiendo del puente del costado izquierdo.

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS					
Documento	SI	No	Documento	SI	No
Documento de identidad	X		Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as)	X	
Carné de vacunación	X		Carné control prenatal (mujeres gestantes)	N	A
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente)	X		Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	X	

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO	
<u>Presento todos los documentos requerido y es compromiso es gestionarlo para la próxima visita.</u>	
Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: 	Nombre y firma de la persona que diligencio: 
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 PERSONALES SE REGISTRARÁN DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012