Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Ibinda
Fecha: 09-03-2023

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 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: Emerlin Noralba Canban Solano

No. documento de identidad: SD Firma EMERLIN

Responsable de (nombre de la niña o niño) Hijo de Emerlin Noralba Canban

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Marcela Seina Hernandez No. documento de identidad: 42548593

Firma: Marcela Seina

Observaciones:

Niño Mayor de 6 meses que ingresa ala modalidad con riesgo de desnutricion Aguda, se encuentra bien de salud, es de nacionalidad venezolana, vive con su madre y abuelos en la comunidad de pauji en la curva llegando a la plaza del pauji, casa de color amarilla

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
7.3	69	RONDA.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Hijo de Emelin Noralba Canban	12-03-2022	09-03-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	11 meses	NA

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: _____	80

Étnicamente se reconoce como:
1. ☒ Indigena Pueblo: Jiw
2. ☐ Rromm Kumpania: _____
3. ☐ Negro/a
4. ☐ Afro
5. ☐ Raizal
6. ☐ Palenquera
7. ☐ Ninguna

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: _____

Es victima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Emelin Noralba Canban S	madre	3122391465

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 ☐

Powered by 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, rancheria: Payji	Dirección: Payji calle del puesto de salud Por la y casa color amarillo.	Coordenadas geográficas: N: 3°52'34.206" W: 67°55'45.250"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: NO refiere Nombre:	Número de contacto: NO Refiere Nombre:
Parentesco:	Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):
Niño Mayor de 6 meses que vive en la comunidad de payji, por la curva del payji cerca del puesto de salud casa de color amarillo. Curva y.

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)	NA	NA
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia fisica, obtenerlo virtualmente)		✓	Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad	✓	

6. OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO

Niño Mayor de 6 meses que se encuentra con buena salud pero al realizar las medidas antropometricas se encuentra con riesgo de desnutrición Aguda, se le orienta tramitar el carnet de CyD.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
X ENEIDA LIN	Marcela Serna
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermeria ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner