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

Fecha: 29-03-2023

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 N03 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: Lelis Giorgina Martinez Infante.

No. documento de identidad: 1121737408 Firma Lelis G. Martinez.

Responsable de (nombre de la niña o niño) Hijo de Lelis Giorgina Martinez

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

Olga Lucia Barrera No. documento de identidad: 1121711792

Firma: Olga Lucia Barrera

Observaciones:

Beneficiario lactante que ingresa a la modalidad en remplazo de la madre el cual nació en la comunidad No cuenta con vacunas ni certificado de Nacido vivo refiere que esta semana viaja a Inirida a realizar la Gestion de garantia de derecho

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
3.3	47	Riesgo de sobrepeso

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Hija de Yelis Georgina Martinez	22-03-2023	29-03-2023

Tipo de beneficiario/a Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
	7 dias.	N/A

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: _____	SD

Étnicamente se reconoce como:	
1. ☒ Indigena Pueblo: Situsany 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
Yelis Georgina Martinez	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		
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?	¿Requiere ayuda de otra persona?	¿Requiere ayuda técnica?
NO ☐ SI ☐	NO ☒ SI ☐ En caso de requerirla realice descripción de la ayuda	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: Com / Bella la Paz	Dirección: Rio Guaviare	Coordenadas geográficas: N 3° 51 67.45 26" W 68° 43' 15.2411"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: _____ Nombre: NO REFIERE	Número de contacto: _____ Nombre: NO REFIERE
Parentesco: _____	Parentesco: _____

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): Beneficiaria que vive por la ribera del Rio Guaviare en una casa de palma en la antigua Comunidad Barranco Guaira.

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)	—	—
Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia fisica, obtenerlo virtualmente)		X	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 tiene Documentos al ingreso la madre refiere que porque el niño nacio en la Comunidad y que, pronto vajara a inirida para realizar la Gestion.

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

Powered by CamScanner