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 1 de 3

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

Fecha: 29 03 23

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: Kenny Jhoan Souza Garrido

No. documento de identidad: 1121719434 Firma: Kenny Jhoan Souza G.

Responsable de (nombre de la niña o niño) Dubi Esmeralda Gutierrez Ventura

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Marcela Sena Hernandez No. documento de identidad: 1121548593

Firma:

Observaciones:

Madre Gestante que ingresa a la modalidad con bajo peso para la edad Gestacional, pero se encuentra con salud y cumple con los controles prenatales

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
44,3	152	1 DEG.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Robi Esmeralda Gutierrez	01-ENE.2002	29-03.23

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: [X] Niño o Niña: [ ]	21 años y 2 meses	17

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. [X] 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: _____	1120246275

Étnicamente se reconoce como:	
1. [ ] Indígena Pueblo: _____ 2. [ ] Rromm Kumpania: _____ 3. [ ] Negro/a 4. [ ] Afro 5. [ ] Raizal 6. [ ] Palenquera 7. [X] Ninguna	Es desplazado: NO [X] SI [ ] De donde: _____ Es víctima directa del conflicto armado: NO [X] SI [ ] Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Kenny Yhoan Saza Garrido	Conyugue	3204379056

3. DISCAPACIDAD

Presenta discapacidad: NO [X] SI [ ]

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

En que categorías presenta discapacidad	Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.	La discapacidad ha sido diagnosticada: NO [ ] SI [ ]
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	1. [ ] Leve Independiente 2. [ ] Moderada Semindependiente 3. [ ] Severa Dependiente	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

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 ☐	¿Reciba atención en terapia y/o rehabilitación? NO ☐ SI ☐	Si reciba 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: Guajira	Municipio: Fonseca	Zona: Rural ☐ Urbana ☒
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: RIOHACHA	Dirección: Calle 29 # 23.04	Coordenadas geográficas: N: 03° 32' 24.05" W: 07° 55' 33.28"

Primera opción de contacto	Segunda opción de contacto
Número de contacto: NO RECUERDA Nombre: Parentesco:	Número de contacto: NO RECUERDA Nombre: Parentesco:

Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...): Hyer Gestante que vive al lado de la carpintería del Señor Robinson

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)	NA	NA
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

Hyer Gestante que se encuentra con buena salud pero al realizar las tomas antropometricas se encuentra en bajo peso para la edad Gestacional

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad: Kenny Shaer Souza G Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Nombre y firma de la persona que diligencio: Marcela Sama Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner