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): Inspida. Guainia
Fecha: 08-03-23

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 NW3 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: Ana Lucia Gonzalez Diaz

No. documento de identidad: 1121712635 Firma x Ana Lucia

Responsable de (nombre de la niña o niño) Lobi Paulina Gonzalez Diaz

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

Cesar Martinez G. No. documento de identidad: 1127715474.

Firma:

Observaciones:

Beneficiara Mujer gestante que ingresa a la modalidad con bajo peso para la edad gestacional.

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
53.6	157	BMI 6

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Rubi Paulina Gonzalez Dian	12-agosto-2002	08-03-23

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☒ Niño o Niña: ☐	20 años	23

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: _____	1006769297

Étnicamente se reconoce como:	
1. ☒ Indígena Pueblo: Pijao 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
Ana Lucia Gonzalez Dian	Hermana	3134291369

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	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

¿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:	Municipio:	Zona:
Guainía	Inírida	Rural ☐ Urbana ☒

Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería:	Dirección:	Coordenadas geográficas:
Comunidad Puyil	Comunidad Puyil.	N: 3°52'43.122" W: 67°55'51.326"

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 en la comunidad de Puyil al lado de la plaza casa verde, con bloque

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)	N/A	
Carné de vacunación		X	Carné control prenatal (mujeres gestantes)	X	
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

En el momento del ingreso la mujer gestante presenta fiebre y gripa desde hace tres días.

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
Ana Lucia Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	Cesar Martinez Garcia Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a

Powered by CamScanner