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

Fecha 31-03-23

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 UNIR 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: Carmen Yuvimia Anija Guevara

No. documento de identidad: 50 Firma Carmen Anija

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) Uñel Ezequiel Galindo Anija

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

Firma: Manela Serna

**Observaciones:**

Niño Mayor de 6 meses que ingresa a la modalidad con riesgo de desnutrición Aguda pero se encuentra en buena salud se le explica a la madre el objetivo de la modalidad.



Powered by CamScanner

## 1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
|---|---|---|
| 11.5 | 89 | RDNTA |

## 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
|---|---|---|
| Uriel Ezequiel Galindo Anjis | 08-jun-2020 | 31.03.23 |

| Tipo de beneficiario/a | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
|---|---|---|
| Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒ | 2 años y 9 meses | 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<br>2. ☐ Tarjeta de Identidad<br>3. ☐ Cédula Ciudadanía<br>4. ☐ No tiene | 1. ☐ Se perdió y no ha tramitado copia<br>2. ☐ Falta de gestión familiar<br>3. ☐ Vive lejos al lugar donde lo tramitan<br>4. ☐ Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a<br>5. ☐ Otra, cuál: _____ | 1121724270 |

| Étnicamente se reconoce como: | |
|---|---|
| 1. ☒ Indígena Pueblo: Sikuani<br>2. ☐ Rromm Kumpania: _____<br>3. ☐ Negro/a<br>4. ☐ Afro<br>5. ☐ Raizal<br>6. ☐ Palenquera<br>lug. ☐ Ninguna | Es desplazado: NO ☒ SI ☐<br>De donde: _____<br>Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐<br>Hecho victimizante: _____ |

| Nombre Acudiente/responsable | Parentesco | Número de contacto |
|---|---|---|
| Carmen Yurima Anjis Guevara | madre | NO REFIERE |

## 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 | Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia. | La discapacidad ha sido diagnosticada: NO ☐ SI ☐ |
|---|---|---|
| 1. ☐ Alteración a nivel de movilidad<br>2. Alteraciones a nivel sensorial:<br>☐ Auditiva<br>☐ Visual<br>☐ Gusto<br>☐ Olfato<br>☐ Tacto<br>3. Alteraciones a nivel mental:<br>☐ Cognitivo<br>☐ Psicosocial<br>4. ☐ Alteraciones a nivel sistémico<br>5. ☐ Alteraciones al nivel de voz y habla<br>6. ☐ Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas | 1. ☐ Leve Independiente<br>2. ☐ Moderada Semindependiente<br>3. ☐ Severa Dependiente | Entidad que certifica la discapacidad:<br>_____ |

| ¿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 ☐<br>En caso de requerirla realice descripción de la ayuda | NO ☐ SI ☐<br>¿Cuenta con la ayuda técnica?<br>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: Guainía | Municipio: Inírida | Zona: Rural ☐ Urbana ☒ |
|---|---|---|
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Limonar - Cucurital | Dirección: Cucurital por la caseta comunal derecho. | Coordenadas geográficas: N: 3° 51' 58.64" W: 67° 55' 02.38" |

| Primera opción de contacto | Segunda opción de contacto |
|---|---|
| Número de contacto: NO Nombre: REFERE | Número de contacto: NO Nombre: REFERE |
| Parentesco: | Parentesco: |

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

Beneficiario que vive en la comunidad de cucurital por la caseta derecho ultimas casas cerca al monte.

## 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 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

Beneficiario que se encuentra con buena salud pero al realizar las mediciones antropométricas se encuentra en riesgo de desnutrición Aguda.

| 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:<br>☐ Nutricionista<br>☐ Profesional social<br>☐ Auxiliar de enfermería<br>☒ Gestor/a |




Powered by CamScanner