Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): Bello horizonte- Arrecifal.
Fecha: 19-07-2023

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 NU3 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: Jose Miguel Rojas Gaitan

No. documento de identidad: 1007097853 Firma: Jose Miguel Rojas.

Responsable de (nombre de la niña o niño) Nathaly Salome Rojas Moron.

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: Aquiles. Rojas Rodriguez No. documento de identidad: 1121717016.

Firma:

Observaciones:

Ingresa niña mayor de 6 meses y figura como Acudiente el padre. ya que la menor presenta Riesgo de desnutricion aguda.

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

Powered by CamScanner

1. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO

Peso inicial beneficiario	Talla inicial beneficiario	Clasificación nutricional
7.7	72	R-DNT-A.

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A

Nombre Beneficiario/a	Fecha de nacimiento	Fecha de Ingreso
Nathaly Salome Rojas.	3/10/2022	19-07-2023

Tipo de beneficiario/a	Edad al ingreso beneficiario/a	Para mujeres gestantes- semanas de gestación
Gestante: ☐ Niño o Niña: ☒	9 meses	N/A.

Tipo de documento de identidad
1. ☒ Registro civil
2. ☐ Tarjeta de Identidad
3. ☐ Cédula Ciudadanía
4. ☐ No tiene

Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:
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: _____

Número de documento de identidad
1121726970

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

Es desplazado: NO ☒ SI ☐

De donde: _____

Es víctima directa del conflicto armado: NO ☒ SI ☐

Hecho victimizante: _____

Nombre Acudiente/responsable	Parentesco	Número de contacto
Jose Miguel Rojas Gaitan	padre	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?

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: Barrancominas	Zona: Rural ☒ Urbana ☐
Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: Bello horizonte	Dirección: Bello horizonte.	Coordenadas geográficas: N: 03° 38' 02.65" W: 69° 03' 30.42"

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 permi an ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos...):

La ubicacion de la vivienda de la menor queda detras dela Iglesia a mano derecha:

5. AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

Documento	Sí	No	Documento	Sí	No
Documento de identidad	X		Carné Control e crecimiento y desarrollo (niños/as)		X
Carné de vacunación		X	Carné control pre atal (mujeres gestantes)	N	A
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

Beneficiaria no cuenta con carnet de crecimiento y desarrollo ni carnet de vacunas por lo tanto se estableció el compromiso de Gestonar estos controles

Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:	Nombre y firma de la persona que diligencio:
José Miguel Rojas.	Función: ☐ Nutricionista ☐ Profesional social ☐ Auxiliar de enfermería ☒ Gestor/a
Si manifiesta no saber firma colocar Huella:	

Powered by CamScanner