BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: Yezenia Chasoy Quinchoa

Fecha: 4/06/2020

Nombre de Unidad de Ser Pequeños traviesos

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIE	
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltiple, ver opciones en instructivo	7. Teléfono
1	SD	CARLOS DAMIAN CALDERON LUCITANTE	3. Cedula de extranjería	210114352-3	YANELA CALDERON	2. Telefónico seguimiento	3235051611
2	SD	JOHAN SEBASTIAN CALDERON LUCITANTE	3. Cedula de extranjería	210114352-3	YANELA CALDERON	2. Telefónico seguimiento	3235051611
3	1126142734	ADRIANA SALOME DIAZ BASTIDAS	2. Cédula ciudadanía	1123324537	VIVIANA BASTIDAS	2. Telefónico seguimiento	3134337765
4	1118376953	HASLIN MADELAY PERDOMO TISOY	2. Cédula ciudadanía	1013602403	MARCELA GIRALDO	2. Telefónico seguimiento	3212241261
5	1118379956	SARA DANERY PERDOMO TISOY	2. Cédula ciudadanía	1013602403	MARCELA GIRALDO	2. Telefónico seguimiento	3212241261
6	1023037156	MAR ALICIA PAREDES GIRALDO	2. Cédula ciudadanía	1013602403	MARCELA GIRALDO	2. Telefónico seguimiento	3212241261
7							
8							

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2

vicio (UDS):

Código Unidad de Servicio (UDS):

868651131197

ENTO REALIZADO			IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
8. Hora inicio hh:mm	9. Hora final hh:mm	10. Llamada Exitosa SI / NO	11. # Total de personas en el hogar	12. # de niñas y niños de 0 a 5 años	13. # de mujeres gestantes en el Hogar	14. # de personas mayores de 60	15. Acceso a agua para cocinar o tomar SI / NO / NO APLICA	16. Acceso a frutas y verduras SI / NO / NO APLICA
12:16 p. m.	12:31 p. m.	SI	4	2	0	0	SI	SI
12:31 p. m.	12:47 p. m.	SI	4	2	0	0	SI	SI
01:25 p.m	01:41 p.m	SI	4	1	0	0	SI	SI
10:07	10:19 a. m.	SI	4	2	0	0	SI	SI
10:19 a. m.	10:34 a. m.	SI	4	2	0	0	SI	SI
10:34 a. m.	10:49 a. m.	SI	3	1	0	0	SI	SI

YEZENIA CHAGOY

Firma del agente educativo

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICAC				
	17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o período gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el período de aislamiento preventivo, ha acudido a los servicios de salud para la aplicación del esquema de vacunación de niñas, niños o mujeres gestantes? SI / NO	19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltiple, ver opciones en instructivo	19.1 En caso de selecciona en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cual.	20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar	21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico	22. Novedad 1. (Alertas sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Alertas emocionales) SI / NO / NO APLICA	24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar) SI / NO / NO APLICA
1	SI	NO	7. Otro	no ha acudido a los servicios de salud a la aplicación porque su esquema de vacunacion se encuentra al dia.	0	0	NO	NO	NO
2	SI	NO	7. Otro	no ha acudido a los servicios de salud a la aplicación porque su esquema de vacunacion se encuentra al dia.	0	0	NO	NO	NO
3	SI	NO	7. Otro	no ha acudido a los servicios de salud a la aplicación porque su esquema de vacunacion se encuentra al dia.	0	0	NO	NO	NO
4	SI	NO	7. Otro	no ha acudido a los servicios de salud a la aplicación porque su esquema de vacunacion se encuentra al dia.	0	0	NO	NO	NO
5	SI	NO	7. Otro	no ha acudido a los servicios de salud a la aplicación porque su esquema de vacunacion se encuentra al dia.	0	0	NO	NO	NO
6	SI	NO	7. Otro	no ha acudido a los servicios de salud a la aplicación porque su esquema de vacunacion se encuentra al dia.	0	0	NO	NO	NO
7									
8									

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

IÓN DE NOVEDADES				VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
25. Novedad 4. (Sedentarismo)	**26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)**	**27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)**	**28. Otras novedades y observaciones**	**29. Indique los números de las prácticas trabajadas**	**30. Fecha y hora siguiente llamada**	
SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA			dd/mm/aaaa	hh:mm
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10	10/06/2020	9:00
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10	10/06/2020	9:15
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	la señora Viviana madre de la usuaria atienda la llamada y nos manifiesta que se encuentra en el hospitalizada desde el 01-06-2020 por motivo de	10	10/06/2020	9:30
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10	10/06/2020	9:45 a. m.
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10	10/06/2020	10:00 a. m.
NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA		10	10/06/2020	10:15 a. m.

YEZENIA CHAGOY

Firma del agente educativo