BIENESTAR FAMILIAR	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria:

ELENA ALICIA GOMEZ DELGADO

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIEN	
	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
1	1126459786	LIAM JOSSUE DIAZ ROJAS	2. Cédula ciudadanía	1006849097

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Fecha: 5/06/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): AMIGUITOS

DE EL ACOMPAÑAMIENTO	III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					
5. Nombres y apellidos	**6. Tipo de Acompañamiento** Opción múltiple, ver opciones en instructivo	**7. Teléfono**	**8. Hora inicio** hh:mm	**9. Hora final** hh:mm	**10. Llamada Exitosa** SI / NO	**11. # Total de personas en el hogar**
NATHALIA DIAZ	3. Telefónico psicosocial	3143372149	7:10	7:55	SI	9

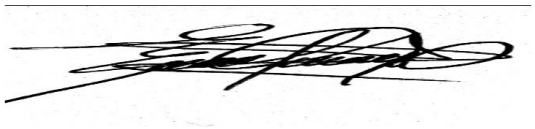
Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Código Unidad de Servicio (UDS):

868651131250

IV. CARACTERIZACIÓN DEL 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
1	0	1	SI	SI



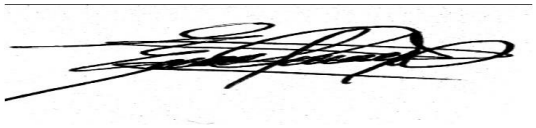
Firma del agente educativo

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				
	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
1	SI	NO	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO	0

VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES						
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	**25. Novedad 4. (Sedentarismo)** SI / NO / NO APLICA	**26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)** SI / NO / NO APLICA	**27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)** SI / NO / NO APLICA
0	NO	SI	NO	NO	NO	NO

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

	VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada	
		dd/mm/aaaa	hh:mm
SE REALIZA LLAMADA PARA CONOCER EL ESTADO EMOCIONAL LA MADRE DEL USUARIO QUIEN AL PARECER PRESENTÓ UN POSIBLE INTENTO DE SUICIDIO. ADEMÁS PODER DAR	4	6/06/2020	9:00 a.m.



Firma del agente educativo