PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: OMAIRA ROBIRA VILLARREAL ENRIQUEZ

Fecha: 10/07/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): LIEBRES

No.			II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. C	
	1. Número de documento del 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	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
1	1126458349	INGRI MAILET LEGARDA PAZ	2. Cédula ciudadanía	41119335	CARMEN ESPERANZA PAZ GELPUD	2. Telefónico seguimiento	3134284706	8:30	8:46	SI	4	1
2	1,126,459,964	ASLY YULEY ANDRADE PINCHAO	2. Cédula ciudadanía	27303427	TERESA DE JESÚS ERAZO ORTEGA	2. Telefónico seguimiento	3125647735	8:48	9:05	SI	4	1
3	1126457984	DYLAN SMITH ROSALES TOBAR	2. Cédula ciudadanía	41120263	MERY SORAYDA TOVAR CUELTÁN	2. Telefónico seguimiento	3145070754	9:23	9:36	SI	5	1
4	1140015496	YERLY MICHEL AREDONDO CHCIUNQUE	1. Tarjeta de identidad	1006997886	VIVIANA ALEXANDRA CHICUNQUE CHACUA	2. Telefónico seguimiento	3202502402	10:50	11:05	SI	6	1
5	1140015527	DERLY CHERINE ERAZO PABÓN	2. Cédula ciudadanía	1004598109	ANYI ERAZO PABÓN	2. Telefónico seguimiento	1140015527	11:07	11:19	SI	8	1
6												
7												
8												
10												
11												

Firma d

Código Unidad de Servicio (UDS):

8686500127578

ARACTERIZACIÓN DEL HOGAR

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	SI	NO
0	0	SI	NO
0	0	SI	NO
0	0	SI	NO
0	0	SI	NO

lel 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?	**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?**	**19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?**		**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)**	**23. Novedad 2. (Alertas emocionales)**	**24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)**
	SI / NO	SI / NO	Opción múltiple, ver opciones en instructivo				SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA	SI / NO / NO APLICA
1	SI	SI			0	0	NO	NO	NO
2	SI	SI			0	0	NO	NO	NO
3	SI	SI	7. Otro	ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD	0	0	NO	NO	NO
4	SI	SI			0	0	NO	NO	NO
5	SI	SI			0	0	NO	NO	NO
6									
7									
8									

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	NO	NO		PRÁCTICA # 12	15/07/2020	8:46
NO	NO	NO		PRÁCTICA # 12	15/07/2020	9:05
NO	NO	NO		PRÁCTICA # 12	15/07/2020	9:36
NO	NO	NO		PRÁCTICA # 12	15/07/2020	11:05
NO	NO	NO		PRÁCTICA # 12	15/07/2020	11:19

Firma del agente educativo