	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.AL1.MIL.PP	2/06/2020
		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: PAOLA ANDREA ESCUÉ

Fecha: 7/09/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): 8686500121203

Código Unidad de Servicio (UDS): HORMIGAS

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR					
	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	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
1	1140015890	DIEGO SAMIR GUERRA CUASAPUD	2. Cédula ciudadanía	1140015890	DEYSY PATRICIA CUASAPUD BOTINA	1. Telefónico psicosocial	3134246364	2:30 p. m.	3:00 PM	SI	4	1	0	0	SI	SI
2								hh:mm	hh:mm							
3								hh:mm	hh:mm							
4								hh:mm	hh:mm							
5								hh:mm	hh:mm							
6								hh:mm	hh:mm							
7								hh:mm	hh:mm							
8								hh:mm	hh:mm							
9								hh:mm	hh:mm							
10								hh:mm	hh:mm							
11								hh:mm	hh:mm							
12								hh:mm	hh:mm							
13								hh:mm	hh:mm							
14								hh:mm	hh:mm							
15								hh:mm	hh:mm							
16								hh:mm	hh:mm							
17								hh:mm	hh:mm							
18								hh:mm	hh:mm							
19								hh:mm	hh:mm							
20								hh:mm	hh:mm							
21								hh:mm	hh:mm							
22								hh:mm	hh:mm							
23								hh:mm	hh:mm							
24								hh:mm	hh:mm							
25								hh:mm	hh:mm							

No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	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	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	28. Otras novedades y observaciones	29. Indique los números de las prácticas trabajadas	30. Fecha y hora siguiente llamada ddmmaaaa	 hh:mm
1	SI				0	1	NO	NO	NO	NO	NO	NO	A la llamada responde la señora Patricia quien menciona sentirse	Acompañamiento psicosocial	3/09/2020	10:00:AM
2															ddmmaaaa	hh:mm
3															ddmmaaaa	hh:mm
4															ddmmaaaa	hh:mm
5															ddmmaaaa	hh:mm
6															ddmmaaaa	hh:mm
7															ddmmaaaa	hh:mm
8															ddmmaaaa	hh:mm
9															ddmmaaaa	hh:mm
10															ddmmaaaa	hh:mm
11															ddmmaaaa	hh:mm
12															ddmmaaaa	hh:mm
13															ddmmaaaa	hh:mm
14															ddmmaaaa	hh:mm
15															ddmmaaaa	hh:mm
16															ddmmaaaa	hh:mm
17															ddmmaaaa	hh:mm
18															ddmmaaaa	hh:mm
19															ddmmaaaa	hh:mm
20															ddmmaaaa	hh:mm
21															ddmmaaaa	hh:mm
22															ddmmaaaa	hh:mm
23															ddmmaaaa	hh:mm
24															ddmmaaaa	hh:mm
25															ddmmaaaa	hh:mm

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!