	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	F1.AL.LML.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: 13/08/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): HORMIGAS

Código Unidad de Servicio (UDS): 8686500121203

No.	I. DATOS USUARIO		II. DATOS PERSONA QUE ATIENDE EL ACOMPAÑAMIENTO			III. DATOS DEL ACOMPAÑAMIENTO REALIZADO					IV. CARACTERIZACIÓN DEL HOGAR						No.	V. ESQUEMA DE VACUNACIÓN				VI. IDENTIFICACIÓN DE NOVEDADES									VII. CIERRE DEL ACOMPAÑAMIENTO		
	1. Número de documento del usuario(a)	2. Nombre usuario(a)	3. Tipo de documento Opción múltipla, var opciones en instructivo	4. Numero de documento	5. Nombres y apellidos	6. Tipo de Acompañamiento Opción múltipla, var 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		17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional? SI / NO	18. ¿Durante el periodo 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" , indique ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación? Opción múltipla, var opciones en instructivo	19.1 En caso de seleciona 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. (Abortos sociales) SI / NO / NO APLICA	23. Novedad 2. (Abortos espontaneos) 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	
																															dd/mm/aaaa	hh:mm
1	1130164920	JOSELYN HASLEY PINILLA CUARAN	2. Cédula ciudadanía	41115457	ESCOLASTICA ORTEGA TORRES	2. Telefónico seguimiento	3133750306	8:00:AM	8:15:AM	SI	12	1	0	1	SI	SI	1	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO NO ACUDIO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		seguimiento al desarrollo infantil	######	8:00:AM
2	1062330255	KAROL SARAY DIAZ GRIJALBA	2. Cédula ciudadanía	41117943	SANDRA MARIA DIAZ CASTRO	2. Telefónico seguimiento	3138026401	11:30:AM	11:45:AM	SI	5	1	0	0	SI	SI	2	SI	NO	7. Otro	EL USUARIO NO ACUDIO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO		seguimiento al desarrollo infantil	######	11:30:AM
3																	3															
4																	4															
5																	5															
6																	6															
7																	7															
8																	8															
9																	9															
10																	10															
11																	11															
12																	12															
13																	13															
14								Mmm	Mmm								14															Mmm	Mmm
15								Mmm	Mmm								15															Mmm	Mmm
16								Mmm	Mmm								16															Mmm	Mmm
17								Mmm	Mmm								17															Mmm	Mmm
18								Mmm	Mmm								18															Mmm	Mmm
19								Mmm	Mmm								19															Mmm	Mmm
20								Mmm	Mmm								20															Mmm	Mmm
21								Mmm	Mmm								21															Mmm	Mmm
22								Mmm	Mmm								22															Mmm	Mmm
23								Mmm	Mmm								23															Mmm	Mmm
24								Mmm	Mmm								24															Mmm	Mmm

Firma del Agente Educativo

Firma del agente educativo

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