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

**Fecha:** 26/08/2020

**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 | | | | | | 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<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 4. Número de documento | 5. Nombres y apellidos | 6. Tipo de Acompañamiento<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 7. Teléfono | 8. Hora inicio<br>hh:mm | 9. Hora final<br>hh:mm | 10. Llamada Exitosa<br>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<br>SI / NO / NO APLICA | 16. Acceso a frutas y verduras<br>SI / NO / NO APLICA | No. | 17. ¿El usuario cuenta con el carné de vacunas actualizado, según su edad o periodo gestacional?<br>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?<br>SI / NO | 19. En caso que la respuesta anterior sea "NO" , indague ¿Por qué no ha asistido a la cita de vacunación?<br>Opción múltiple, ver opciones en instructivo | 19.1 En caso de seleccione en la pregunta anterior " 7. Otro", mencione cuál. | 20.Número personas con síntomas de enfermedades respiratorias en el hogar | 21.Número de personas aisladas o bajo cuidado médico | 22. Novedad 1. (Aertos sociales)<br>SI / NO / NO APLICA | 23. Novedad 2. (Aertos emocionales)<br>SI / NO / NO APLICA | 24. Novedad 3. (Presuntas situaciones de violencia en el hogar)<br>SI / NO / NO APLICA | 25. Novedad 4. (Sedentarismo)<br>SI / NO / NO APLICA | 26. Novedad 5. (Hábitos alimentarios – consumo)<br>SI / NO / NO APLICA | 27. Novedad 6. (Hábitos alimentarios – horarios)<br>SI / NO / NO APLICA | 28. Otras novedades y observaciones | 29. Indique los números de las prácticas trabajadas | 30. Fecha y hora siguiente llamada<br>dd/mm/aaaa | <br>hh:mm |
| 1 | 1140015890 | DIEGO SAMIR GUERRA CUASAPUD | 2. Cédula ciudadanía | 1140015890 | DEYSY PATRICIA CUASAPUD BOTINA | 2. Telefónico seguimiento | 3134246364 | 8:50 AM | 9:05 AM | SI | 8 | 1 | 0 | 0 | SI | SI | 1 | SI | NO | 7. Otro | Madre refiere que le falta la vacuna de influenza que en | 0 | 1 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRÁCTICA 10 | 1/09/2020 | 8:50 AM |
| 2 | 1124867250 | LUISA FERNANDA ROA CUARAN | 2. Cédula ciudadanía | 1124866268 | YENNY PATRICIA CUARAN | 2. Telefónico seguimiento | 3224941820 | 9:40 AM | 9:55 AM | SI | 9 | 1 | 1 | 0 | SI | SI | 2 | SI | NO | 7. Otro | EL USUARIO NO ALUDIA A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRÁCTICA 10 | 1/09/2020 | 9:40 AM |
| 3 | 1140015674 | JOHAN ANDRES MAIGUEZ ROJAS | 2. Cédula ciudadanía | 1126457527 | CLAUDIA YOLIMA ROJAS ANGULO | 2. Telefónico seguimiento | 3134202159 | 10:05 PM | 10:20 PM | SI | 3 | 1 | 0 | 0 | SI | SI | 3 | SI | NO | 7. Otro | EL USUARIO NO ALUDIA A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA | 0 | 0 | NO | NO | NO | NO | NO | NO | | PRÁCTICA 10 | 1/09/2020 | 10:05 PM |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | 6 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | 7 | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | 9 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | 10 | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | 13 | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 14 | | | | | | | | | | | | | hh:mm | hh:mm |
| 15 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 15 | | | | | | | | | | | | | hh:mm | hh:mm |
| 16 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 16 | | | | | | | | | | | | | hh:mm | hh:mm |
| 17 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 17 | | | | | | | | | | | | | hh:mm | hh:mm |
| 18 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 18 | | | | | | | | | | | | | hh:mm | hh:mm |
| 19 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 19 | | | | | | | | | | | | | hh:mm | hh:mm |
| 20 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 20 | | | | | | | | | | | | | hh:mm | hh:mm |
| 21 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 21 | | | | | | | | | | | | | hh:mm | hh:mm |
| 22 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 22 | | | | | | | | | | | | | hh:mm | hh:mm |
| 23 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 23 | | | | | | | | | | | | | hh:mm | hh:mm |
| 24 | | | | | | | | hh:mm | hh:mm | | | | | | | | 24 | | | | | | | | | | | | | hh:mm | hh:mm |

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo