	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO TELEFÓNICO	FI.AL.LML.FP	2/06/2020
DESARROLLO FAMILIAR		Versión 3	Página 2 de 2
		Clasificación de la Información: PÚBLICA	

Nombres y apellidos del agente educativo o madre comunitaria: Nibia Francia Cuarán

Fecha: 27/08/2020

Nombre de Unidad de Servicio (UDS): Mundo Mágico

Código Unidad de Servicio (UDS): 868651131267

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	1126459407	Helen Tatiana Yonda Pinchao	2. Cédula ciudadanía	1126446476	Sandra Pinchao	2. Telefónico seguimiento	3213614214	8:15 a. m.	8:30am	SI	2	1	0	0	SI	SI
7	1126143766	Valerin Gisell Zambrano Solarte	2. Cédula ciudadanía	1126444799	Nubia Estella Solarte	2. Telefónico seguimiento	3122686210	10:40am	10:55am	SI	6	1	0	2	SI	SI
8	1104847152	Isabel Cristina Montero Díaz	2. Cédula ciudadanía	1085935496	Leny Margoth Díaz	2. Telefónico seguimiento	3126913497	1:30pm	1:45pm	SI	4	1	0	0	SI	SI
10	1130164983	Juan David Ospina Córdoba	2. Cédula ciudadanía	1007376321	Yeimy Cordoba	2. Telefónico seguimiento	3177394228	3:30pm	3:45pm	SI	5	1	0	0	SI	SI

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 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" , 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 dd/mm/aaaa	 hh:mm
1	SI	SI		NO APLICA	2	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sin novedades	Seguimiento al desarrollo Infantil	1/09/2020	3:00 p. m.
8	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sin Novedades	Seguimiento al desarrollo Infantil	1/09/2020	4:00 p. m.
12	SI	SI		NO APLICA	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sin Novedades	Seguimiento al desarrollo Infantil	1/09/2020	4:20 p. m.
18	SI	NO	7. Otro	aislamiento, no ha tenido cita para vacunación.	0	0	NO	NO	NO	NO	NO	NO	Sin novedades	Seguimiento al desarrollo Infantil	1/09/2020	5:00 p. m.

Firma del agente educativo

Firma del agente educativo

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