|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO** | | | | | | | | | |
| Peso inicial beneficiario | | | | Talla inicial beneficiario | | **Clasificación nutricional** | | | |
| **2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A** | | | | | | | | | |
| Nombre Beneficiario/a | | | Fecha de nacimiento | | | | Fecha de Ingreso | | |
| Tipo de beneficiario/a  Gestante: \_\_\_\_ Niño o Niña: \_\_\_ | | | Edad al ingreso beneficiario/a | | | | Para mujeres gestantes- semanas de gestación | | |
| Tipo de documento de identidad   1. Registro civil: \_\_\_\_ 2. Tarjeta de Identidad: \_\_\_ 3. Cédula Ciudadanía: \_\_\_ 4. No tiene:\_\_\_\_ | Si no cuenta con Documento de identidad cuál es la causa:   1. Se perdió y no ha tramitado copia \_\_\_ 2. Falta de gestión familiar \_\_\_\_\_ 3. Vive lejos al lugar donde lo tramitan \_\_\_ 4. Ha intentado tramitarlo no ha sido atendido/a \_\_\_ 5. otra, cuál:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | Número de documento de identidad |
| Étnicamente se reconoce como:  1 Indígena: \_\_ Pueblo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2 Rromm:\_\_ Kumpania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3 Negro/a: \_\_\_\_\_ 4 Afro:\_\_\_\_\_\_  5 Raizal: \_\_\_\_\_\_ 6 Palenquera:\_\_\_\_\_  7 Ninguna:\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | Es desplazado: NO\_\_ SI\_\_  de donde: \_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| es víctima directa del conflicto armado : NO \_\_\_\_ SI \_\_\_  hecho victimizante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Nombre Acudiente/responsable | | Parentesco | | | Número de contacto | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DISCAPACIDAD**   Presenta discapacidad: NO\_\_\_ SI\_\_\_. Sí la respuesta es afirmativa diligenciar la siguiente información de lo contrario pasar al numeral 5 | | | | | |
| En que categorías presenta discapacidad  1.Alteración a nivel de movilidad: \_\_\_\_  2.alteraciones a nivel sensorial: auditiva: \_\_  Visual \_\_Gusto, olfato, tacto \_\_\_\_  3. Alteraciones a nivel mental: Cognitivo \_\_\_  Psicosocial\_\_\_\_  4. Alteraciones a nivel sistémico:\_\_\_  5.Alteraciones al nivel de voz y habla:\_\_\_  6. Alteraciones a nivel de piel, pelo y uñas:\_\_\_ | | Grado se severidad en relación con el nivel de dependencia.   1. Leve Independiente\_\_\_\_ 2. Moderada Semindependiente\_\_ 3. Severa Dependiente\_\_\_\_ | | | La discapacidad ha sido diagnosticada:  SI\_\_\_ NO\_\_  Entidad que certifica la discapacidad. |
| Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad?  SI\_\_\_ NO\_\_\_ | ¿Requiere ayuda de otra persona?  SI\_\_\_ NO\_\_\_  En caso de requerirla realice descripción de la ayuda | | | ¿Requiere ayuda técnica?  SI\_\_\_ NO\_\_\_  ¿Cuenta con la ayuda técnica?  SI\_\_\_ NO\_\_\_ | |
| ¿Requiere terapia y/o rehabilitación?  SI\_\_\_ NO\_\_\_ | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?: SI\_\_\_ NO\_\_\_ | | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención. | | |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación. | Descripción de la discapacidad | | | ¿Tiene proceso de interdicción?  SI\_\_\_ NO\_\_\_ | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS DE DOMICILIO** | | | | | | | | | | |
| Departamento: Municipio: | | | | | | | Zona: Rural: \_\_\_\_\_\_ Urbana: \_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Nombre de la Vereda, Barrio, residencia, comuna, corregimiento, ranchería: | | | | Dirección: | | | | Coordenadas geográficas:  N: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  W: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Primera opción de contacto  Número de contacto: Nombre:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Parentesco:** | | | | | Segunda opción de contacto  Número de contacto: Nombre:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Parentesco:** | | | | | |
| Observaciones relacionadas con datos de ubicación, (indicaciones que permitan ubicar el lugar de residencia medio de transporte, lugares cercanos…): | | | | | | | | | | |
| 1. **AL MOMENTO DE INGRESO, SE APORTARON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS** | | | | | | | | | | |
| **Documento** | **Sí** | **No** | **Documento** | | | | | | **Sí** | **No** |
| Documento de identidad |  |  | Carné Control de crecimiento y desarrollo (niños/as) | | | | | |  |  |
| Carné de vacunación |  |  | Carné control prenatal (mujeres gestantes) | | | | | |  |  |
| Afiliación a SGSSS (si no se cuenta con evidencia física, obtenerlo virtualmente) |  |  | Documento identidad acudiente/acompañante en caso de menores de edad | | | | | |  |  |
| 1. **OBSERVACIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES BENEFICIARIO/A AL MOMENTO DE INGRESO** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Nombre y firma del beneficiario/a o acudiente para menores de edad:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Si manifiesta no saber firma colocar Huella: | | | | | | Nombre y firma de la persona que diligencio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Función: Nutricionista:\_\_\_\_\_  Profesional social:\_\_\_\_\_\_  Auxiliar de enfermería:\_\_\_  Gestor/a: \_\_\_ | | | | |