Lugar (municipio, vereda, corregimiento, etc): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El presente formato tiene como finalidad obtener autorización por parte la madre, padre o cuidador de niñas o niños, para el ingreso a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

**DECLARACIÓN DEL USUARIO:**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de la atención que recibirá mi familia por parte del equipo de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, servicio del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar-ICBF. Igualmente, me han aclarado las dudas que tengo respecto a la atención y explicado que todas las actuaciones que ellos realicen con nuestra familia serán puestas en conocimiento de la Regional, Centro Zonal o autoridad administrativa competente.

Por lo tanto, autorizo al talento humano de la Entidad Administradora de Servicio-EAS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ contratada por el ICBF, a ingresar a mi hogar para realizar acciones relacionadas con la implementación de la modalidad (valoración del estado nutricional, visita en el hogar, seguimiento al desarrollo, seguimiento a compromisos familiares, entre otros) para determinar el tipo de seguimiento a realizarse con mi familia.

Nombre completo de madre, padre o cuidador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. documento de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Responsable de** (nombre de la niña o niño) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre completo de persona que realiza la visita por parte de la EAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. documento de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Observaciones:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 1. **DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE INGRESO**
 |
| Peso inicial beneficiario | Talla inicial beneficiario | Clasificación nutricional |
| 1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO/A**
 |
| Nombre Beneficiario/a | Fecha de nacimiento | Fecha de Ingreso |
| Tipo de beneficiario/aGestante: [ ]  Niño o Niña: [ ]   | Edad al ingreso beneficiario/a | Para mujeres gestantes- semanas de gestación |
| Tipo de documento de identidad1. [ ]  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 discapacidad1. [ ]  Alteración a nivel de movilidad
2. Alteraciones a nivel sensorial:

[ ]  Auditiva[ ]  Visual[ ]  Gusto[ ]  Olfato[ ]  Tacto1. Alteraciones a nivel mental:

[ ]  Cognitivo[ ]  Psicosocial1. [ ]  Alteraciones a nivel sistémico
2. [ ]  Alteraciones al nivel de voz y habla
3. [ ]  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: NO [ ]  SI [ ] Entidad que certifica la discapacidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Al beneficiario se le ha aplicado el registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad? NO [ ]  SI [ ]  | ¿Requiere ayuda de otra persona?NO [ ]  SI [ ] En caso de requerirla realice descripción de la ayuda | ¿Requiere ayuda técnica?NO [ ]  SI [ ] ¿Cuenta con la ayuda técnica?NO [ ]  SI [ ]  |
| ¿Requiere terapia y/o rehabilitación?NO [ ]  SI [ ]  | ¿Recibe atención en terapia y/o rehabilitación?NO [ ]  SI [ ]  | Si recibe terapia o rehabilitación: Nombre entidad atención**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Descripción de la terapia y/o rehabilitación | Descripción de la discapacidad | ¿Tiene proceso de interdicción?NO [ ]  SI [ ]  |
| 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 contactoNúmero 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 |