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/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   1. Alteraciones a nivel mental:   Cognitivo  Psicosocial   1. 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 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 | | | | | | | | |