|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO 7.7 FORMATO DE ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUMIENTO EN SALUD**  **DATOS GENERALES** | |
| **Nombre de la entidad:** | **Nombre de la sede:** |
| **Comuna y dirección de la sede:** | |
| **Nombre del cuidador:** | **Teléfono:** |
| **Nombre del participante:** | |
| **Tipo y Numero De Documento de Identidad:** | **Edad del participante:** |
| **Nombre y cargo del Agente Educativo que realiza la atención:** | |
| **Seleccione con una X el motivo de acompañamiento y seguimiento:**  **Accidente o incidente en el hogar: Accidente o incidente en la sede de atención:**  **Larga Estancia Hospitalaria: Larga Estancia Domiciliaria:** | |
| **CONTEXTO DEL MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA EL ACOMPAÑAMIENTO O SEGUIMIENTO EN SALUD** | |
|  | |
| **DESCRIPCIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO EN SALUD** | |
| **Fecha en que realiza el acompañamiento y seguimiento:**  **Firma y cargo de la Agente Educativa:** | |
| **DESCRIPCIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO Y SEGUIMIENTO EN SALUD** | |
| **Fecha en que realiza el acompañamiento y seguimiento:**  **Firma y cargo de la Agente Educativa:** | |