

ANEXO 2. Ficha de inscripción y caracterización de participantes de programas” - Código MMDS.01.04.18. P02.F40

1. Datos básicos

1. Datos Basicos											
<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería								
<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Sin información	<input type="checkbox"/> NIT	<input type="checkbox"/> NUIP								
Número documento de identificación: _____											
Fecha de Inscripción: d d m m a a a a				Fecha No.: _____							
Nombre del Programa: _____						Modalidad/Disciplina: _____					
Punto de atención: _____											
Comuna/Corregimiento: _____						Barrio/Vereda: _____					
Primer nombre: _____						Segundo nombre: _____					
Primer apellido: _____						Segundo apellido: _____					
Correo electrónico: _____						Fecha de Nacimiento: d d m m a a a a					
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Mujer		Genero: <input type="checkbox"/> Heterosexual		<input type="checkbox"/> Homosexual		<input type="checkbox"/> Bisexual			
<p>Según la función pública, la orientación sexual se trata de la atracción sexual, afectiva y erótica que una persona siente hacia otras de su mismo género, del género opuesto, de ambos o que no sienten atracción por ninguno de los géneros. También hace referencia a la capacidad de mantener relaciones afectivas y sexuales con esas personas. Según lo anterior, si lo considera necesario, usted se reconoce como:</p>											
Orientación Sexual: <input type="checkbox"/> Lesbiana <input type="checkbox"/> Gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Transformista <input type="checkbox"/> Transvestido											
<input type="checkbox"/> Transgenerista <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Pansexual <input type="checkbox"/> HSH											
<input type="checkbox"/> Queers <input type="checkbox"/> No estoy seguro <input type="checkbox"/> Otro Cual: _____											

2. Datos de procedencia

2. Datos de Procedencia			
País de procedencia: _____	Departamento: _____	Municipio: _____	

3. Datos de residencia del beneficiario

3. Datos de residencia del beneficiario											
Corregimiento: _____						Vereda: _____					
Barrio: _____				Estrato: <input type="text"/>		Comuna: <input type="text"/>					
Dirección de residencia: _____						Complemento Dirección: _____					
Teléfono Fijo / Móvil: _____											

4. Datos académicos:

4. Datos Academicos									
<input type="checkbox"/>	Preescolar	<input type="checkbox"/>	Básica primaria	<input type="checkbox"/>	Básica secundaria	<input type="checkbox"/>	Media académica y clásica		
<input type="checkbox"/>	Media técnica	<input type="checkbox"/>	Normalista	<input type="checkbox"/>	Técnica profesional	<input type="checkbox"/>	Tecnológica	<input type="checkbox"/>	Ninguno
<input type="checkbox"/>	Profesional	<input type="checkbox"/>	Especialización	<input type="checkbox"/>	Maestría	<input type="checkbox"/>	Doctorado		
<input type="checkbox"/>	Otro	Cual: _____							
Estado de escolaridad del beneficiario									
<input type="checkbox"/>	En curso	<input type="checkbox"/>	Finalizó	<input type="checkbox"/>	Desertó				
Ocupación actual del beneficiario									
<input type="checkbox"/>	Estudiante	<input type="checkbox"/>	Empleado	<input type="checkbox"/>	Pensionado/jubilado	<input type="checkbox"/>	Buscando trabajo		
<input type="checkbox"/>	Ama de casa	<input type="checkbox"/>	Independiente	<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>	Otro		

5. Datos de familia:

5. Datos de Familia									
Estado Civil									
<input type="checkbox"/>	Casado/a	<input type="checkbox"/>	Soltero/a	<input type="checkbox"/>	Viudo/a	<input type="checkbox"/>	Divorciado/a		
<input type="checkbox"/>	Unión Libre	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Tiene Hijos	Cuantos:	<input type="text"/>	
¿De acuerdo a sus usos y costumbres, usted se auto-reconoce como?									
<input type="checkbox"/>	Afrocolombiano	<input type="checkbox"/>	Indígena	<input type="checkbox"/>	Palenquero/a	<input type="checkbox"/>	Romaní (ROM)/ gitano		
<input type="checkbox"/>	Raizal	<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>	NS/NR	<input type="checkbox"/>	Otro Cuál?		

6. Pertenece a grupos u organizaciones poblacionales, sociales o comunitarias (Opción múltiple respuesta)

6. ¿Pertenece a grupos u organizaciones poblacionales, sociales o comunitarias? (Opción múltiple respuesta)									
<input type="checkbox"/>	Indígena	<input type="checkbox"/>	Afrodscendiente	<input type="checkbox"/>	Víctima del Conflicto	<input type="checkbox"/>	LGTBI	<input type="checkbox"/>	Adulto mayor
<input type="checkbox"/>	Grupo organizado de mujeres	<input type="checkbox"/>	Grupo organizado de jóvenes	<input type="checkbox"/>	Junta de acción comunal				
<input type="checkbox"/>	Junta administradora local	<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>	Otro	Cuál? _____			
<input type="checkbox"/>	Club deportivo	Cuál? _____							

7. Datos de salud:

7. Datos de Salud											
¿Padece alguna enfermedad permanente (crónica) que limite su actividad física?											
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Si su respuesta es Sí, indique ¿Cuál?							
¿Toma Medicamentos?											
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	Si su respuesta es Sí, indique ¿Cuál?							
Tipo de Sangre											
Grupo Sanguíneo y RH: _____											
¿Presenta algún tipo de discapacidad permanente?											
<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Movilidad	<input type="checkbox"/>	Enanismo	<input type="checkbox"/>	Mental cognitiva	<input type="checkbox"/>	Mental psicosocial
Si respondió sí, ¿Cuál?				<input type="checkbox"/>	Sistémica	<input type="checkbox"/>	Voz y habla	<input type="checkbox"/>	Visual	<input type="checkbox"/>	Piel, uñas y cabello
				<input type="checkbox"/>	Sensorial gusto-olfato- tacto	<input type="checkbox"/>	Sensorial auditiva	<input type="checkbox"/>	No lo sabe nombrar		
				<input type="checkbox"/>	Otro	Cuál? _____					
¿Se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS?											
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	Si su respuesta es Sí, indique ¿Cuál?							
Tipo de afiliación											
<input type="checkbox"/>	Especial (FFMM, POLICIA, ETC)				<input type="checkbox"/>	Regimen Contributivo (EPS)					
<input type="checkbox"/>	Regimen Subsidiado (SISBEN, EPS, S)										

8. Identificación del Padre de Familia / Acudiente / Cuidador:

8. Identificación del Padre de Familia / Acudiente / Cuidador												
Si el Beneficiario del Programa es menor de 18 años, por favor diligenciar la identificación del Padre de Familia, Acudiente o Cuidador que se presenta a continuación:												
Tipo de Documento: <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte												
				<input type="checkbox"/>	Sin información		No. De identificación _____					
Primer nombre: _____						Segundo nombre: _____						
Primer apellido: _____						Segundo apellido: _____						
Sexo: <input type="checkbox"/>		Hombre		<input type="checkbox"/>	Mujer		<input type="checkbox"/>	Otro		Cual: _____		
Fecha de Nacimiento: _____				d	d	m	m	a	a	a	a	
								Edad: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	en años		
Teléfono Fijo / Móvil: _____						Correo electrónico: _____						
Parentesco: <input type="checkbox"/>		Madre/Padre		<input type="checkbox"/>	Hermana/Hermano		<input type="checkbox"/>	Tía/Tío		<input type="checkbox"/>	Abuela/Abuelo	
		<input type="checkbox"/>	Cuidador		<input type="checkbox"/>	Otro		¿Cuál? _____				
Firma del Beneficiario				Firma Padre de Familia/Acudiente/Cuidador				Firma del Monitor(a)				
Contacto de emergencia				Nombre: _____				Teléfono: _____				
*La información suministrada en este apéndice no quedará registrada en las bases de datos que se generen con esta ficha y sólo será usada para casos de emergencia.												

9. Autorización de reproducción de imagen fotográfica, audio y/o video y participación en investigaciones / Consentimiento informado:

9. Autorización de reproducción de imagen fotográfica, audio y/o video y participación en investigaciones / Consentimiento informado

Por la presente yo _____ identificado con documento de identidad _____ expedido en _____ autorizo al distrito especial de Santiago de Cali – Secretaría del Deporte y la Recreación para que use, edite, publique, reproduzca, distribuya y/o licencie mi imagen, la de las (niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adulto mayor) que represento (hijos, personas con discapacidad o adultos mayores) de cuyos derechos de autor soy titular. Reconozco que esta autorización no supone pago ni retribución incluyendo regalías u otra compensación resultante de su uso. Tengo conocimiento de que esta imagen puede editarse, copiarse, exhibirse, publicarse o distribuirse, por varios medios incluyendo el electrónico, sin que tenga derecho a examinar o autorizar la reproducción del producto final en que ella aparezca. La presente autorización no tiene fecha de expiración ni se restringe a límite geográfico alguno en cuanto a la distribución y/o reproducción de esta imagen. Certifico también que tengo la potestad de conferir los derechos antes mencionados y que el ejercicio de éstos no infringe los derechos de propiedad intelectual o de imagen de terceros. Igualmente, autorizo la participación en investigaciones socio-estadísticas de la de las (niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adulto mayor) que represento adelantadas por parte del distrito especial de Santiago de Cali, tales como encuestas, test, grupos focales, sondeos, entre otros. Además entiendo que la actividad derivada de la práctica de deporte, recreación y actividad física implica la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos, según fui informado en detalle por parte del distrito especial de Santiago de Cali – Secretaría del Deporte y la Recreación. Estoy de acuerdo con las recomendaciones, obligaciones y sugerencias que me han brindado en cuanto al cuidado de mi salud y las formas a seguir previas y durante la actividad y entiendo que no me eximo de la responsabilidad de atender tales recomendaciones y respetarlas para reducir todo riesgo al mínimo. Con la firma de esta Autorización y Consentimiento reconozco que he leído íntegramente y entendido plenamente lo anterior y consciente de las repercusiones legales acepto atenerme a ellos.

De igual manera entiendo y acepto que en caso que se deje bajo custodia cualquier (implemento, instrumento, equipo, herramienta, insumo o material) propio, la secretaria del deporte y la recreación no se hara cargo por cualquier perdida o deterioro del mismo.

Deseo ser contactado a través de correo electrónico, teléfono, celular, mensajes de texto, redes sociales o medios similares para comunicarle sobre nuestros programas, actividades, eventos, entre otros.	Si	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>

Firma del Beneficiario										Firma del Padre de Familia/Acudiente/Cuidador																			