ESQUEMAS DE ATENCIÓN: Jardines Infantiles (Diurnos - Nocturnos) Casa de Pensamiento Intercultural
1 mensaje

Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com> mar., 4 may. 2021 a las 7:06 p. m.
Para: mercytoka@gmail.com

Google Forms

Gracias por rellenar ESQUEMAS DE ATENCIÓN: Jardines Infantiles (Diurnos - Nocturnos) Casa de Pensamiento Intercultural

Esto es lo que nos has enviado:

Editar respuesta

ESQUEMAS DE ATENCIÓN: Jardines Infantiles (Diurnos - Nocturnos) Casa de Pensamiento Intercultural

Diligencie el formulario por cada niña o niño acompañado en esquema de Educación Inicial en alternancia, educación inicial en casa o atención multimodal.

Si la atención es multimodal y no logra contacto, diligencie el formulario después de tres intentos.

Educación inicial en Alternancia: asiste algunos días al jardin y otros días esta en casa, mientras esta en casa recibe acompañamiento telefónico y por WhatsApp
Atención Multimodal: Solo recibe atención a través del acompañamiento telefónico y por whatsApp
Educación Inicial en Casa: Recibe algunos días encuentros en el hogar, otros días asiste a encuentros grupales y cuando esta en casa recibe acompañamiento telefónico y por WhatsApp.

Favor diligenciar correo electrónico de la persona del TH que registra la información.

Correo *

mercytoka@gmail.com

Servicio

En el que se encuentra la niña o el niño

Servicio: *

- (•) Jardín Infantil Diurno
- ( ) Jardín Infantil Nocturno
- ( ) Casa de Pensamiento Intercultural

Modalidad de la prestación del servicio

Recuerde que la modalidad Social hace referencia a los jardines administrados por las Cajas de compensación Familiar, Compensar, Colsubsidio o Cafam; Cofinanciado a los administrados por Organizaciones sin animo de lucro; y SDIS directamente por la Secretaría Distrital de Integración Social

Modalidad en la que se encuentra la niña o el niño *

- ( ) SDIS (Directo)
- (•) Cofinanciado
- ( ) Social

Localidad en la que esta la unidad operativa en la que se atiende a la niña o niño *

ENGATIVA

ENGATIVÁ

Seleccione la Unidad operativa en el cual se encuentra su niña o niño. En el nombre puede identificar la modalidad de operación: CC= cofinanciado; JS= Jardin social; SDIS = SDIS

Nombre Unidad Operativa *

120941-JINF-CC-VILLA MARY-

Información básica

Nombres y Apellidos de la niña o niño: *

SEBASTIAN DAVID ROMERO GONZALEZ

¿La niña o el niño cuenta con número de identificación? *

Seleccione la opción "SI", si la niña o el niño cuenta con Registro CIVIL (NUIP), PEP (Permiso Especial de Permanencia) o Pasaporte. Seleccione la opción "NO", si el niño cuenta con un código asignado por el SIRBE (que inicia con CD).

- (●) SI
- ( ) NO

Información básica

Tipo de documento de la niña o niño. (Como aparece en el SIRBE): *

- (●) Registro Civil (NUIP)
- ( ) PEP (Permiso Especial de Permanencia)
- ( ) Pasaporte

Información básica

Indique el número de documento de la niña o niño sin puntos ni espacios, tal y como aparece en SIRBE o el código asignado por SIRBE omitiendo el prefijo CD. *

1145227211

Nombres y Apellidos de madre, padre, cuidador, cuidadora o acudiente de la niña, niño: *

YANEIDA GONZALEZ

Parentesco de la persona que está al cuidado de la niña o niño: *

- (●) Mamá
- ( ) Papá
- ( ) Hermano
- ( ) Hermana
- ( ) Tío
- ( ) Tía
- ( ) Abuela
- ( ) Abuelo
- ( ) Primos
- ( ) Persona No pariente
- ( ) Institución

Rango de Edad del cuidador:

- [ ] Menor de 18 años
- [x] Entre 18 y 59 años
- [ ] Mayores de 60 años
- [ ] Institución

Información del acompañamiento

Fecha del acompañamiento *

DD MM AAAA

04 / 05 / 2021

Nombre y Apellido de la persona que realiza el acompañamiento *

ANA MERCEDES MACHADO ORTIZ

Número de documento de identidad (Sin puntos ni espacios): *

52352520

Rol en la unidad operativa de la persona que realiza el acompañamiento: *

Profesional de atención a la Primer Infancia

Grupo y nivel de la niña o niño

Grupo: *

Para los niveles con un solo grupo o el servicio Creciendo en Familia en la Ruralidad escoger la opción "1 o A"

1 o A

Nivel: *

- ( ) Maternal
- ( ) Caminadores
- ( ) Párvulos
- (•) PreJardín
- ( ) Jardín
- ( ) Multinivel (Nocturno)

Situaciones

Elegir uno de las siguientes situaciones

La niña o niño... *

- ( ) Está en prejardín o jardín con maestra de SED
- ( ) Presenta preexistencias médicas
- ( ) Está en un jardín Infantil Nocturno y es menor de dos años
- (•) Ninguna de las anteriores

Esquema de Atención

Indique el esquema de atención al que pertenece la niña o el niño:

Educación inicial en Alternancia: Asiste algunos días al jardín y otros días está en casa, mientras está en casa recibe acompañamiento telefónico y por WhatsApp.

Atención Multimodal: Sólo recibe atención a través del acompañamiento telefónico y por WhatsApp.

Educación Inicial en Casa: Recibe algunos días encuentros en el hogar, otros días asiste a encuentros grupales y cuando está en casa recibe acompañamiento telefónico y por WhatsApp.

Indique el esquema de educación inicial en el cual se esta atendiendo la niña o el niño *

- ○ Educación Inicial en Alternancia
- ◉ Atención Multimodal (contacto telefónico o por whatsApp)
- ○ Educación inicial en casa

Acompañamiento multimodal

Telefónico, WhatsApp,

Número del contacto por semana (Indique 1, 2, 3 ,4... según corresponda) *

- ◉ 1
- ○ 2
- ○ 3
- ○ 4
- ○ 5

Número telefónico al cual realiza el contacto: *

3012137894

Hora del contacto *

Hora

13 : 00

¿Logro el contacto?: *

- (●) Sí
- ( ) No

Pedagógico

¿Se implementó lo propuesto en la planeación pedagógica? *

- (●) Sí
- ( ) No

Descripción experiencias

Actividades pedagógicas que ha realizado:

TÉCNICAS PLÁSTICAS

Desde su rol

1. ¿Qué actividades ha observado que disfruta realizar la niña o el niño? *

CORTAR CON TIJERAS PAPEL

2. ¿Qué aprendizajes ha evidenciado en la niña o el niño a través del desarrollo de las experiencias pedagógicas? *

Utiliza adecuadamente los materiales de trabajo punzon, colores, tijeras, colores.

3. ¿Qué actividades considera importantes que la niña o el niño desarrolle? *

Todas y cada una de las actividades que conlleven al buen desarrollo integral, como el juego imaginativo, el juego reglado, movimiento corporal que ayudan a desarrollar habilidades motoras, fijando metas en cada una de las actividades a realizar

4. ¿Cómo ha logrado el acompañamiento efectivo a la niña o al niño por parte de la familia u otros cuidadores y cuidadoras? *

Lo primordial es, fortalecer las capacidades y los vínculos que unen a los miembros de un mismo sistema familiar, con la finalidad de que éstos resulten sanos, eficaces y capaces de promover el crecimiento personal de cada uno de los niños y niñas. por medio de las orientaciones pedagógicas brindadas por la maestra.

Desde el rol de la familia

¿Qué apreciaciones, sentires u opiniones quisiera expresar de lo compartido con su hija o hijo (niña o niño) durante las actividades pedagógicas? *

Le agrada recortar con las tijeras, por tal razón le encanto esta actividad de peluquería, refiere la mamita

Nutrición y salubridad

¿La niña o el niño, ha consumido los alimentos preparados? *

En el caso de lactantes que se alimentan con leche de formula indique si o no; para los lactantes que solo se alimentan con leche materna indique esa opción.

- (●) Sí
- ( ) No
- ( ) Es lactante (solo leche materna)

Nutrición y salubridad

8. ¿Cuáles de los siguientes tiempos de comida al día consume la niña o el niño ? *

	Si	No
Desayuno	◉	○
Media mañana	◉	○
Almuerzo	◉	○
Media tarde	◉	○
Cena	◉	○

Nutrición y Salubridad

¿Ha observado pérdida de peso en la niña o el niño la última semana? *

- ○ Sí
- ◉ No

¿Durante el aislamiento ha recibido orientación sobre los siguientes temas? *

	Si	No
Lavado de manos	◉	○
Alimentación saludable	◉	○
Promoción de la actividad física	◉	○
Cepillado de dientes	◉	○
Descanso	◉	○
Prevención y manejo de la diarrea	◉	○
Prevención y manejo infección respiratoria	◉	○

Prevención de contagio del Covid-19

¿La niña o el niño cuenta con esquema de vacunación completo para la edad? *

- (●) SI
- ( ) No

¿La niña o el niño tuvo control de crecimiento y desarrollo durante esta semana? *

- ( ) Sí
- (●) No

Síntomas respiratorios (Participante del servicio)

1. ¿El o la participante del servicio ha presentado síntomas respiratorios o de alarma? Son síntomas respiratorios o de alarma los siguientes: Tos, Dificultad para respirar, Mucosidad nasal, Fiebre, Debilidad corporal, Otros *

- ( ) Sí
- (●) No

Síntomas respiratorios (Otras personas que conviven con el participante)

Esta sección pretende identificar si las personas que conviven con el o la participante, han presentado síntomas respiratorios o son sospechosos de COVID-19.

1. ¿Alguien en casa ha presentado síntomas respiratorios o de alarma? Son síntomas respiratorios o de alarma los siguientes: Tos, Dificultad para respirar, Mucosidad nasal, Fiebre, Debilidad corporal, Otros *

- ( ) Sí
- (●)

No

Otras situaciones de salud

¿Presenta alguna otra situación de Salud? *

- Sí
- (•) No

Situaciones de riesgo o vulneración de derechos

Esta pregunta es para quien diligencia; responda según el acompañamiento telefónico realizado:

¿Identificó situaciones de riesgo o vulneración de derechos? Recuerde que ante presuntas vulneraciones de derechos, debe programar visitas domiciliaria y una vez la realice registrar la información en la herramienta correspondiente. *

- Sí
- (•) No

Conectividad

¿El participante ya ha diligenciado la sección correspondiente a preguntas relacionadas con Internet y computador en casa? *

- (•) Sí
- No

Gracias!!!

Muchas gracias, sus respuestas son valiosas para la toma de decisiones de la Subdirección para la Infancia

Crea tu propio formulario de Google
Notificar uso inadecuado