SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Chía

ASOCADEVI

FORMATO

VISITA DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL

FECHA: Septiembre 13 de 2019

Datos de identificación

Nombres y apellidos: Yolercy Hernandez

Tipo de documento: CC **Número de documento**:1007659893

Fecha de nacimiento: Diciembre 31 de 1992 **Edad**: 26 **Sexo**: F__x__M_____ **Puntaje Sisben**: 23

Dirección: Calle 4 # 6-87 Santa Lucia **Teléfono:** 3208901433-3135562375

Aseguradora (EPS): Convida **Ocupación u oficio**: Vinculada a Centro dia

Ultimo nivel educativo: Sin Escolaridad____x___ Primaria _____ Secundaria ____Técnica _____ Universitaria _____Otra_____

Nombre del acudiente o cuidador: Lucia Hernandez

Modalidad de los programas vinculados	Centro dia y apoyo nutricional	
Diagnóstico	Sindrome de Down	
Tipo de discapacidad	Transitoria	Permanente x

Desplazamiento	Desplazamiento autonomo

Tipología familiar

Nuclear biparental		Nuclear monoparental		Familia extensa	x
Familia de padres separados		Familia reconstituida		Otra	

Composición familiar

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Ultimo nivel educativo
Maicol Alexis Hernandez	Sobrino	16	Estudiante y mensajero	Noveno
Lucia Hernandez	Madre	67	Hogar	Quinto
-	-	-	-	-

¿Cuenta con apoyo de otros familiares y/o amigos?	**SI** x	**NO**	**¿Quiénes?** **Hermanos**
¿Recibe usted subsidio del Estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** x	**¿Cuáles?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar presenta alguna condición de discapacidad?	**SI**	**NO** x	**¿Cuál?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe algún tipo de subsidio del estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI** x	**NO**	**¿Cuál?** **Grupo de adulto mayor.**

Vivienda

Tenencia: Propia _____ Arriendo___x___ familiar_____

N° de personas que habitan la vivienda__3__ **Tipo:** Casa ___Apto ___Pieza _x__Inquilinato_____

Condiciones de la vivienda: Excelente _____ Buenas_____ Regulares ___x___ Deficientes_____

Ingresos mensuales		Egresos mensuales	
Personales		Alimentación	150.000
Pareja		Vivienda	300.000
Padre		Servicios públicos	125.000
Madre		Transporte	-
Otros		Educación	-
Hermanos	300.000	Salud	-
Sobrino	200.000	Créditos	-
		Otros	-
Total	500.000	Total	575.000

Observaciones

La vivienda es en arriendo, viven en una habitación adecuada con dos camas. Comparten baño y patio de ropas. La cocina es independiente. La habitación tiene buena iluminación, sin embargo no se evidencia condiciones de aseo en el baño. El arriendo lo pagan los hermanos de la usuaria apoyando de esta manera a la madre. El sobrino estudia y trabaja en mensajería con lo que aporta en el hogar. Un hermano le aporta con alimentos.

Dinámica familiar y social

Familia extensa. La usuaria vive con la madre y un sobrino. Actualmente reciben el apoyo de los hermanos los cuales aportan para el pago del arriendo ya lgunos alimentos para la familia, el sobrino estudia en las horas de la mañana y en la tarde trabaja como mensajero. La usuaria se encuentra vinculada al programa de centro dia. La madre se encuentra vinculada en el programa de adulto mayor y se encarga de todas las actividades del hogar. La madre expresa que desde el mes de enero de 2019 no ha realizado control por psiquiatría, este control se debe realizar cada seis meses. Se hace recomendación para solicitud de este control. La madre expresa que mensualmente asiste a control por medicina general para la entrega de medicamentos. La madre manifiesta que la usuaria dentro del hogar tiene muy buena relación con los miembros de la familia, y realiza diferentes juegos durante el tiempo libre y asisten a la iglesia.

Gloria Liliana Diaz Garcia- Trabajadora social

Gloria Liliana Díaz G.
Trabajadora Social
C.C. 1.033.197.134

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Chía

ASOCADEVI

FORMATO

VISITA DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL

FECHA: Septiembre 13 de 2019

Datos de identificación

Nombres y apellidos: Yenny Paola Sanchez Montejo

Tipo de documento: CC **Número de documento**: 1072715224

Fecha de nacimiento: Octubre 10 de 1996 **Edad**: 22 **Sexo**: F__x__M_____ **Puntaje Sisben**: 56

Dirección: Vereda Tiquiza Sección Torres **Teléfono:** 3184392047

Aseguradora (EPS): Sin eps Ocupación u oficio: Vinculada a Centro dia

Ultimo nivel educativo: Sin Escolaridad_____ Primaria __x___ Secundaria ____Técnica _____ Universitaria _____Otra_____

Nombre del acudiente o cuidador: Luz Mariana Montejo Gomez

Modalidad de los programas vinculados	Centro dia	
Diagnóstico	Retraso cognitivo	
Tipo de discapacidad	Transitoria	Permanente x

Desplazamiento	Desplazamiento autónomo

Tipología familiar

Nuclear biparental		Nuclear monoparental	x	Familia extensa	
Familia de padres separados		Familia reconstituida		Otra	

Composición familiar

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Ultimo nivel educativo
Luz Marina Montejo Gomez	Madre	51	Empleada	quinto
-	-	-	-	-

¿Cuenta con apoyo de otros familiares y/o amigos?	**SI**	**NO** x	**¿Quiénes?**
¿Recibe usted subsidio del Estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** x	**¿Cuáles?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar presenta alguna condición de discapacidad?	**SI**	**NO** x	**¿Cuál?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe algún tipo de subsidio del estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** x	**¿Cuál?** -

Vivienda

Tenencia: Propia _____ Arriendo_x_____ familiar_____

N° de personas que habitan la vivienda____ **Tipo:** Casa ___Apto ___Pieza __x_Inquilinato_____

Condiciones de la vivienda: Excelente _____ Buenas_____ Regulares ___x____ Deficientes_____

Ingresos mensuales		Egresos mensuales	
Personales		Alimentación	200.000
Pareja		Vivienda	300.000
Padre		Servicios públicos	48.000
Madre	450.000	Transporte	50.000
Otros		Educación	-
Hermana		Salud	-
		Créditos	-
		Otros	-
Total	450.000	Total	

Observaciones

La vivienda es en arriendo, comparten baño, cocina, patio de ropas con dos familias. La habitación esta en buenas condiciones, una cama. Se observa buena ventilación e iluminación.

Dinámica familiar y social

Familia nuclear monoparental. La madre tiene un trabajo de medio tiempo y trabaja esporádicamente los fines de semana en un restaurante, en este momento no tienen EPS, esta en tramite puntaje del Sisben para vincularse en régimen subsidiado. La usuaria se encuentra vinculada en el programa de centro dia y en las horas de la tarde esta estudiando en el Colegio Jose Juaquin Casas. La usuaria tiene una relación lejana con el padre, la madre expresa que tiene dificultades de comunicación con la usuaria ya que es muy impulsiva, sin embargo gracias a una amiga cercana de la usuaria ha mejorado la actitud en la relación madre e hija.

Gloria Liliana Diaz G.
Trabajo Social
Uniminuto
C.C. 35.197.194

Gloria Liliana Diaz Garcia- Trabajadora social

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Chía

ASOCADEVI

FORMATO

VISITA DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL

FECHA: Septiembre 20 de 2019

Datos de identificación

Nombres y apellidos: Andres Camilo Holguin Forero

Tipo de documento: CC **Número de documento**: 1072670565

Fecha de nacimiento: Agosto 13 de 1997**Edad**: 22 **Sexo**: F____M___x__ **Puntaje Sisben**: 14

Dirección: Carrear 6 #31-36 Vereda Bojaca Sector San Andres **Teléfono:** 3202061812

Aseguradora (EPS): Convida **Ocupación u oficio**: Oficios varios

Ultimo nivel educativo: Sin Escolaridad_____ Primaria __x___ Secundaria ____Técnica _____ Universitaria _____Otra_____

Nombre del acudiente o cuidador: Rubi Forero

Modalidad de los programas vinculados	Apoyo nutricional	
Diagnóstico	Reatardo mental leve con deterioro del compartamiento	
Tipo de discapacidad	Transitoria	Permanente x

Desplazamiento	Despalzamiento autónomo

Tipología familiar

Nuclear biparental		Nuclear monoparental	x	Familia extensa	
Familia de padres separados		Familia reconstituida		Otra	

Composición familiar

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Ultimo nivel educativo
Rubi Forero	Madre	40	Independiente (casas de familia)	Sexto
Angie Catalina Holguin	Hermana	18	Estudiante	Noveno
Yurly Alejandra Velandia	Hermana	12	Estudiante	Septimo
-	-	-	-	-

¿Cuenta con apoyo de otros familiares y/o amigos?	**SI**	**NO** x	**¿Quiénes?**
¿Recibe usted subsidio del Estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** x	**¿Cuáles?**
¿Algún miembro de su núcleo familiar presenta alguna condición de discapacidad?	**SI** x	**NO**	**¿Cuál?** La madre, artrosis y reemplazo total de cadera
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe algún tipo de subsidio del estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI** x	**NO**	**¿Cuál?** Hermanas (Familas en acción)

Vivienda

Tenencia: Propia ___x__ Arriendo_____ familiar_____

N° de personas que habitan la vivienda___4_ **Tipo:** Casa __x_Apto ___Pieza ___Inquilinato_____

Condiciones de la vivienda: Excelente _____ Buenas_____ Regulares ____x___ Deficientes_____

Ingresos mensuales		Egresos mensuales	
Personales	240.000	Alimentación	200.000
Pareja		Vivienda	-
Padre		Servicios públicos	141.000
Madre	350.000	Transporte	-
Otros		Educación	-
Hermana		Salud	-
		Créditos	-
		Otros	-
Total	590.000	Total	341.000

Observaciones

La vivienda es propia de la madre, consta de una cocina, tres habitaciones, un baño, patio de ropas. Se observa dentro de la vivienda humedad, presenta goteras. Sin embargo se evidencia buena iluminación y aseo de la vivienda

Dinámica familiar y social

Familia nuclear monoparental. La madre trabaja en casas de familia, el padre no tiene ningún contacto con la familia. La madre refiere que el usuario ha tenido varios trabajos, actualmente apoya en oficios varios en una institución donde trabajan con equinoterapia dos veces por semana. El usuario no tiene ningn control por psicología, hace seis meses realizo control odontológico. Se sugiere sea vinculado al programa de inclusión Laboral. Se sugiere apoyo domiciliario por enfermería.

Gloria Liliana Diaz G.
Trabajo Social
C.C. 35.197.194

Gloria Liliana Diaz Garcia- Trabajadora social

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Chía

ASOCADEVI

FORMATO

VISITA DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL

FECHA: Septiembre 20 de 2019

Datos de identificación

Nombres y apellidos: Jose David Plazas Angel

Tipo de documento: CC **Número de documento**: 1072659866

Fecha de nacimiento: Marzo 26 de 1991**Edad**: 27 **Sexo**: F____M__x___ **Puntaje Sisben**: 23

Dirección: Calle 17 # 5-10 Casa 46 Santa Rita**Teléfono:** 3204593585

Aseguradora (EPS): Sura **Ocupación u oficio**: Ninguno

Ultimo nivel educativo: Sin Escolaridad_____ Primaria _____ Secundaria __x__Técnica _____ Universitaria _____Otra_____

Nombre del acudiente o cuidador: Amparo Angel

Modalidad de los programas vinculados	Apoyo nutricional	
Diagnóstico	Hipoacusia Aguda	
Tipo de discapacidad	Transitoria	Permanente x

Desplazamiento	Desplazamiento autónomo

Tipología familiar

Nuclear biparental		Nuclear monoparental		Familia extensa	x
Familia de padres separados		Familia reconstituida		Otra	

Composición familiar

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Ultimo nivel educativo
Amparo Angel	Madre	66	Oficios varios	Once
Alexis David Plazas	Hijo	8	Estudiante	Tercero
Ivanna Antonela Plazas	Hija	5	Estudiante	Kinder
Naydu Forero	Esposa	27	Hogar	Once
-	-	-	-	-

¿Cuenta con apoyo de otros familiares y/o amigos?	**SI** x	**NO**	**¿Quiénes?** **Hermano**
¿Recibe usted subsidio del Estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** x	**¿Cuáles?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar presenta alguna condición de discapacidad?	**SI** x	**NO**	**¿Cuál?Esposa (Hipoacusia)** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe algún tipo de subsidio del estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** x	**¿Cuál?** -

Vivienda

Tenencia: Propia _____ Arriendo_____ familiar___x___

N° de personas que habitan la vivienda__5__ **Tipo:** Casa _x__Apto ___Pieza ___Inquilinato_____

Condiciones de la vivienda: Excelente _____ Buenas_____ Regulares ___x____ Deficientes_____

Ingresos mensuales		Egresos mensuales	
Personales		Alimentación	240.000
Pareja		Vivienda	Cuidan la vivienda
Padre		Servicios públicos	160.000
Madre		Transporte	-
Otros		Educación	-
Hermano	380.000	Salud	-
		Créditos	-
		Otros	-
Total	380.000	Total	400.000

Observaciones

La madre del usuaria refiere que la vivienda la están cuidando y no pagan arriendo. La vivienda cosnta de tres habitaciones , sala, comedor. Cocina, patio de ropas y un baño. Dentro de la vivienda se puede evidenciar humedad a nivel general.

Dinámica familiar y social

Familia extensa. Se realiza visita de seguimiento a la familia ya que están recibiendo dos apoyos nutrcionales , uno del señor Jose David Plazas y su esposa Naydu Forero, los cuales tienen discapacidad: Hipoacusia bilateral profunda. La madre del usuario refiere que la familia depende de ella tanto a nivel emocional y económico. Por esta razón se evidencia cargas emocionales de la madre. En este momento los menores de edad están estudiando en el Colegio Jose Juaquin Casas y no se encuentran vinculados a programas de la Alcaldia Municipal. Refiere nuevamente la madre que al usuario se le ha dificultado la vinculación laboral por la condición de discapacidad, se sugiere sea incluido en el proceso del programa de inclusión laboral. La madre del usuario trabaja en ocasiones en el cuidado de un adulto mayor el cual le cancela con mercado o otros utensilios de aseo. Cuenta con el apoyo de un hermano quien aporta 80.000 mil pesos semanales para la compra de los alimentos. Refiere la madre que en este momento el usuario esta recibiedno un tratamiento por un problema de rinitis crónica y esta pendiente del cambio de audífono el cual tiene una duración de cinco años. Se recomiendo que realice la gestión para el cambio de audífono. Se observa comunicación asertiva del usuario, la esposa y el hijo mayor.

Gloria Liliana Diaz G.
Trabajo Social
Unimiento
CC. 35.197.194

Gloria Liliana Diaz Garcia- Trabajadora social

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Chía

ASOCADEVI

FORMATO

VISITA DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL

FECHA: Septiembre 21 de 2019

Datos de identificación

Nombres y apellidos: Samuel Achury Hoyos

Tipo de documento: CC **Número de documento**:1072654803

Fecha de nacimiento: Diciembre 2 de 2007**Edad**:12 **Sexo**: F____M___x__ **Puntaje Sisben**: 28

Dirección: Vereda Bojaca Mercedes de Calahorra **Teléfono:** 3182634955-3118526009

Aseguradora (EPS): Famisanar **Ocupación u oficio**: Hogar

Ultimo nivel educativo: Sin Escolaridad____x___ Primaria _____ Secundaria ____Técnica _____ Universitaria _____Otra_____

Nombre del acudiente o cuidador: Noris Ester Hoyos

Modalidad de los programas vinculados	Apoyo nutrcional	
Diagnóstico	Sindrome de Down y pie equino	
Tipo de discapacidad	Transitoria	Permanente x

Desplazamiento	Silla de ruedas pediátrica

Tipología familiar

Nuclear biparental	x	Nuclear monoparental		Familia extensa	
Familia de padres separados		Familia reconstituida		Otra	

Composición familiar

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Ultimo nivel educativo
Noris Ester Hoyos	Madre	54	Empleada	Once
Yilber Andrey Achury Hoyos	Hermano	15	Estudiante	Noveno
Azael Achury Beltran	Padre	54	Empleado	Noveno
--	-	-	-	-

¿Cuenta con apoyo de otros familiares y/o amigos?	**SI** x	**NO**	**¿Quiénes?** Tia y abuela paterna
¿Recibe usted subsidio del Estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** x	**¿Cuáles?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar presenta alguna condición de discapacidad?	**SI**	**NO** x	**¿Cuál?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe algún tipo de subsidio del estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** x	**¿Cuál?** -

Vivienda

Tenencia: Propia _____ Arriendo__x____ familiar_____

N° de personas que habitan la vivienda__4__ **Tipo:** Casa ___Apto _x__Pieza ___Inquilinato_____

Condiciones de la vivienda: Excelente _____ Buenas____x__ Regulares _____ Deficientes_____

Ingresos mensuales		**Egresos mensuales**	
Personales		Alimentación	400.000
Pareja		Vivienda	400.000
Padre	825.000	Servicios públicos	150.000
Madre	825.000	Transporte	100.000
Otros		Educación	-
Hermana		Salud	-
		Créditos	-
		Otros	-
Total	1.650.000	Total	1.050.000

Observaciones

La vivienda es en arriendo. La vivienda consta de una habitación, dos camas, baño, cocina, patio de ropas. Se evidencia condiciones de aseo adecuadas.

Dinámica familiar y social

Familia nuclear biparental conformada por padres e hijos. El usuario durante el dia esta bajo el cuidado de la abuela y tia paterna ya que los padrs trabajan. En las horas de la tarde lo cuida el hermano y el padre de acuerdo al horario de la madre. Se evidencia organización de tareas del hogar entre los miembros de la familia y vínculos fuertes entre los miembros de la familia. El usuario cuenta con transporte para la asistencia a los controles que requiere, 120 pañales mensuales, sin embargo el padre refiere que desde hace seis meses no ha recibido atención por fisioterapia. Se sugiere apoyo domiciliario por enfermería y fisioterapia.

Gloria Liliana Diaz Garcia- Trabajadora social

Gloria Liliana Diaz G.
Trabajo Social
Unimínuto
C.C. 1.197.194

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Chía

ASOCADEVI

FORMATO

VISITA DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL

FECHA: Septiembre 23 de 2019

Datos de identificación

Nombres y apellidos: Jeison Portilla Escarpeta

Tipo de documento: CC **Número de documento**: 1072706497

Fecha de nacimiento: julio 2 de 1995 Edad: 23 **Sexo**: F____M___x__ **Puntaje Sisben**: 46,40

Dirección: Vereda Fonqueta Sector La Paz **Teléfono:** 3005138136

Aseguradora (EPS): Convida **Ocupación u oficio**: Centro dia

Ultimo nivel educativo: Sin Escolaridad___x____ Primaria _____ Secundaria ____Técnica _____ Universitaria _____Otra_____

Nombre del acudiente o cuidador: Eduard Portilla

Modalidad de los programas vinculados	Centro dia y apoyo nutricional	
Diagnóstico	Retardo mental leve: Problemas de aprendizaje	
Tipo de discapacidad	Transitoria	Permanente x

Desplazamiento	Es autónomo en todas las actividades.

Tipología familiar

Nuclear biparental		Nuclear monoparental		Familia extensa	
Familia de padres separados		Familia reconstituida	x	Otra	

Composición familiar

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Ultimo nivel educativo
Virgelina Barrios	Madrastra	34	Oficios varios	Quinto
Eduard Portilla	Padre	40	Oficios Varios	Once
Ferney Portilla Barrios	Hermano	8	Estudiante	Segundo
Wendy Portilla Barrios	Hermana	5	Estudiante	Preescolar
-	-	-	-	-
-				

¿Cuenta con apoyo de otros familiares y/o amigos?	**SI** x	**NO**	**¿Quiénes? Abuela paterna**
¿Recibe usted subsidio del Estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** x	**¿Cuáles?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar presenta alguna condición de discapacidad?	**SI**	**NO** x	**¿Cuál?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe algún tipo de subsidio del estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** x	**¿Cuál?** -

Vivienda

Tenencia: Propia _____ Arriendo___x___ familiar_____

N° de personas que habitan la vivienda____ **Tipo:** Casa _x__Apto ___Pieza ___Inquilinato_____

Condiciones de la vivienda: Excelente _____ Buenas_____ Regulares ____x___ Deficientes_____

Ingresos y egresos familiares

Ingresos mensuales		**Egresos mensuales**	
Personales	-	Alimentación	500.000
Pareja	-	Vivienda	420.000
Padre	-	Servicios públicos	300.000
Madre	-	Transporte	60.000
Otros	-	Educación	-
Madrastra	1.000.000	Salud	-
		Créditos	-
		Otros	50.000 Medicamentos
Total	1.000.000	Total	1.330.000

Observaciones

La vivienda es en arriendo. Consta de dos habitaciones, tres camas, una cocina, un baño, patio de ropas. Se observa poca ventilación e iluminación en la vivienda.

Dinámica familiar y social

El Usuario vive con la madrastra, el padre y dos hermanos menores de edad. El padre menciona que en este momento esta sin trabajo, la madrastra es la única generadora de ingresos en el momento, los hermanos se encuentran estudiando en el colegio Laura vicuña. El usuario se encuentra vinculado al programa de Centro dia. El padre menciona que la EPS no ha suministrado los medicamentos, por tal motivo a tenido que comprarlos. Se sugiere a la familia que sea cuidadosos en el suministro de estos medicamentos ya que menciona que se les olvida en algunas ocasiones, lo cual no ha permitido que el usuario tenga una estabilidad dentro del programa de Centro dia. Actualmente esta suspendido por agresión a otros compañeros. No ha recibido control por psiquiatría ya que refieren que la EPS no tiene agenda. La abuela paterna en ocasiones es cuidadora del usuario después de que llega de la fundación, manifiestan que al usuario le gusta estar fuera de casa, lo supervisa el cuidador. Se sugiere realizar seguimiento al caso por trabajo social para verificar los compromisos establecidos.

Gloria Liliana Diaz G.
Trabajo Social
Uniminuto
C.C. 35.197.194

Gloria Liliana Diaz Garcia- Trabajadora social

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Chía

ASOCADEVI

FORMATO

VISITA DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL

FECHA: Septiembre 23 de 2019

Datos de identificación

Nombres y apellidos: Hery Fernando Lozada Mayorga

Tipo de documento: CC **Número de documento**: 1099322395

Fecha de nacimiento: Abril 12 de 1989 **Edad**: 33 **Sexo**: F____M___x__ **Puntaje Sisben**: 17

Dirección: Vereda Fonqueta Sector el Espejo**Teléfono:** 3214676749

Aseguradora (EPS): Salud total **Ocupación u oficio**: Vendedor informal

Ultimo nivel educativo: Sin Escolaridad_____ Primaria _x____ Secundaria ____Técnica _____ Universitaria _____Otra_____

Nombre del acudiente o cuidador: Maria Barajas

Modalidad de los programas vinculados	Apoyo nutricional	
Diagnóstico	Derrame cerebral-Trombosis	
Tipo de discapacidad	Transitoria	Permanente x

Desplazamiento	Se desplaza con dificultad, utiliza bastón.

Tipología familiar

Nuclear biparental		Nuclear monoparental		Familia extensa	
Familia de padres separados		Familia reconstituida	x	Otra	

Composición familiar

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Ultimo nivel educativo
Erika Milena Castellanos	Hijastra	16	Estudiante	Noveno
Fernanda Lozada	Hija	8	Estudiante	Segundo
Valentina Lozada	Hija	5	Estudiante	Transición
Maria Barajas	Esposa	35	Empleada	Quinto
-	-	-	-	-

¿Cuenta con apoyo de otros familiares y/o amigos?	**SI**	**NO** x	**¿Quiénes?**
¿Recibe usted subsidio del Estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** x	**¿Cuáles?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar presenta alguna condición de discapacidad?	**SI**	**NO** x	**¿Cuál?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe algún tipo de subsidio del estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI** x	**NO**	**¿Cuál?** Familias en acción

Vivienda

Tenencia: Propia _____ Arriendo___x___ familiar_____

N° de personas que habitan la vivienda___5_ **Tipo:** Casa ___Apto ___Pieza _x__Inquilinato_____

Condiciones de la vivienda: Excelente _____ Buenas___x___ Regulares _____ Deficientes_____

Ingresos mensuales		**Egresos mensuales**	
Personales	250.000	Alimentación	350.000
Pareja	825.000	Vivienda	350.000
Padre	-	Servicios públicos	80.000
Madre	-	Transporte	60.000
Otros	-	Educación	-
Hermana	-	Salud	-
	-	Créditos	-
		Otros	-
Total	1.075.000	Total	840.000

Observaciones

Tienen en arriendo ds habitaciones, comparten un baño, cocina y patio de ropas independentes. No tiene sala y comedor. Se evidencia buenas condiciones de aseo en la vivieda.

Dinámica familiar y social

El Usuario vive con la esposa , hijastra y dos hijas. La esposa es empleada en una empresa de flores, el usuario es vendedor informal en los semáforos. La esposa refiere que el usuario asiste a terapias físicas a Centro de vida Sensorial, los días miércoles en la mañana y viernes en la tarde. Tiene control por neurología cada seis meses. Refiere que no ha recibido terapias físicas por la EPS. Se evidencia unión familiar entre todos los miembros de la familia, se evidencia normas establecidas dentro del hogar.

Gloria Liliana Diaz G. Trabajo Social C.C. 35[illegible]

Gloria Liliana Diaz Garcia- Trabajadora social

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Chía

ASOCADEVI

FORMATO

VISITA DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL

FECHA: Septiembre 25 de 2019

Datos de identificación

Nombres y apellidos: Juan Sebastian Galindo Garcia

Tipo de documento: CC **Número de documento**: 1072708851

Fecha de nacimiento: Enero 19 de 2014 **Edad**: 5 años **Sexo**: F____M__x___ **Puntaje Sisben**: 16,5

Dirección: Vereda bojaca Sector el Bosque **Teléfono:** 3108721172

Aseguradora (EPS): Famisanar **Ocupación u oficio**: Estudiante

Ultimo nivel educativo: Sin Escolaridad_____ Primaria _____ Secundaria ____Técnica _____ Universitaria _____Otra__Preescolar ____

Nombre del acudiente o cuidador: Jeison Galindo Rubio

Modalidad de los programas vinculados	Apoyo nutricional	
Diagnóstico	Leucomalacia Preventicular	
Tipo de discapacidad	Transitoria	Permanente x

Desplazamiento	Gateo, silla de ruedas

Tipología familiar

Nuclear biparental		Nuclear monoparental		Familia extensa	
Familia de padres separados		Familia reconstituida	x	Otra	

Composición familiar

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Ultimo nivel educativo
Yuri Daniela Vanegas	Madrastra	22	Hogar	Septimo
Jeison Daniel Galindo	Hermano	4	Hogar	ninguno
Karen Liseth Fonseca Vanegas	Hermanstra	4	Estudiante	Prejardin
Luisa Geraldin Galindo	Hermana	2	Hogar	Ninguno
Jeison Galindo Rubio	Padre	25	Independiente	Once
-	-	-	-	-

¿Cuenta con apoyo de otros familiares y/o amigos?	**SI** x	**NO**	**¿Quiénes?** Abuela paterna
¿Recibe usted subsidio del Estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** x	**¿Cuáles?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar presenta alguna condición de discapacidad?	**SI**	**NO** x	**¿Cuál?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe algún tipo de subsidio del estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** x	**¿Cuál?** -

Vivienda

Tenencia: Propia _____ Arriendo___x___ familiar_____

N° de personas que habitan la vivienda____ **Tipo:** Casa ___Apto ___Pieza __x_Inquilinato_____

Condiciones de la vivienda: Excelente _____ Buenas_____ Regulares ___x____ Deficientes_____

Ingresos mensuales		Egresos mensuales	
Personales		Alimentación	350.000
Pareja		Vivienda	200.000
Padre	826.000	Servicios públicos	60.000
Madre	50.000	Transporte	
Otros		Educación	
		Salud	
		Créditos	157.000 Moto
		Otros	
Total	876.000	Total	610.000

Observaciones

La vivienda es de propiedad de la abuela materna, la familia paga un arriendo por la habitación, comparten cocinam baño, patio de ropas, un garaje. Se observa en la habitación un camarote y una cama. Se evidencia condiciones de asio adecuadas.

Dinámica familiar y social

El usuario vive con el padre, madrastra, hemanos y hermanastra desde hace siete meses. Se evidencia una buena comunicación entre los miembros de la familia. El padre manifiesta que la madre y el usuario tienen una buena relación, ella aporta 50.000 mil pesos mensuales y comparte con los menores los fines de semana. La custodia del usuario y los hermanos es del padre por mutuo acuerdo ante comisaria de familia. El usuario esta vinculado a la Fundación FEL donde los días martes , viernes y sábado tiene terapias fisicas, financiadas por un programa de apadrinamiento dentro de la fundación.

Gloria Liliana Diaz G.
Trabajo Social
C.C. 1.018.197.194

Gloria Liliana Diaz Garcia- Trabajadora social

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Gua

ASOCADEVI

FORMATO

VISITA DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL

FECHA: Septiembre 25 de 2019

Datos de identificación

Nombres y apellidos: Juan Andres Jimenez Macias

Tipo de documento: RC **Número de documento**: 1072702944

Fecha de nacimiento: Mayo 28 de 2012 **Edad**: 7 **Sexo**: F____M__x___ **Puntaje Sisben**: 16,8

Dirección: Vereda la Balsa Rincon Santo**Teléfono:** 3022127609-3045401052

Aseguradora (EPS): Nueva Eps **Ocupación u oficio**: Ninguna

Ultimo nivel educativo: Sin Escolaridad_____x__ Primaria _____ Secundaria ____Técnica _____ Universitaria _____Otra_____

Nombre del acudiente o cuidador: Maria Antonia Tovaria

Modalidad de los programas vinculados	Apoyo nutricional	
Diagnóstico	Parálisis cerebral espástica y epilepsia.	
Tipo de discapacidad	Transitoria	Permanente x

Desplazamiento	Depende totalmente del cuidador . Permanece acostado

Tipología familiar

Nuclear biparental		Nuclear monoparental		Familia extensa	
Familia de padres separados		Familia reconstituida	x	Otra	

Composición familiar

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Ultimo nivel educativo
William Jimenez	Padre	35	Reciclador	Primero
Maria Antonia Tovaria	Madrastra	23	Hogar	Septimo
Samuel David Jimenez Tovaria	Hermano	4	Hogar	Ninguno
Maria Jose Jimenez Tovaria	Hermana	1	Hogar	Ninguno
-	-	-	-	-
-				

¿Cuenta con apoyo de otros familiares y/o amigos?	**SI**	**NO** X	**¿Quiénes?**
¿Recibe usted subsidio del Estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** X	**¿Cuáles?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar presenta alguna condición de discapacidad?	**SI**	**NO** X	**¿Cuál?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe algún tipo de subsidio del estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** X	**¿Cuál?** -

Vivienda

Tenencia: Propia _____ Arriendo____x__ familiar_____

N° de personas que habitan la vivienda___5_ **Tipo:** Casa _x__Apto ___Pieza ___Inquilinato_____

Condiciones de la vivienda: Excelente _____ Buenas___x___ Regulares _____ Deficientes_____

Ingresos mensuales		Egresos mensuales	
Personales	826.000	Alimentación	400.000
Pareja		Vivienda	620.000
Padre		Servicios públicos	300.000
Madre	120.000	Transporte	-
Otros		Educación	-
Subarriendo de una habitación	250.000	Salud	-
		Créditos	-
		Otros	-
Total	1.196.000	Total	1.320.000

Observaciones

La vivienda es en arriendo. Tiene subarrendada una de la habitaciones. La familia descansa en una habitación, hay un camarote y una cama. Tiene un baño, cocina, comedor y patio de ropas.

Dinámica familiar y social

El usuario vive con el padre, la madrastra y hermanos. El padre trabaja como reciclador, la madre del usuario no tiene una realción cercana, la madrastra es la encargada del cuidado del usuario y los otros menores por lo tanto no puede trabajar. El usuario depende totalmente de la cuidadora. El padre manifiesta que desde hace seis meses el menor no recibe terapia física por la EPS. Tenia atención domiliaria por fisioterapia, terapia ocupacional. El menor no se levanta, se alimenta por sonda. La cuidadora expresa que no ha recibido orientación para dar continuidad el proceso de terapia física del menor. Se sugiere apoyo domiciliario por enfermería y fisioterapia.

Gloria Liliana Diaz Garcia- Trabajadora social

Gloria Liliana Diaz G.
Trabajo Social
Uniminuto
C.C. 35.197.194

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Chía

ASOCADEVI

FORMATO

VISITA DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL

FECHA: Septiembre 25 de 2019

Datos de identificación

Nombres y apellidos: Maria Alejandra Marin Vargas

Tipo de documento: TI **Número de documento**: 1072654350

Fecha de nacimiento: Octubre 29 de 2007 **Edad**: 12 **Sexo**: F__x__M_____ **Puntaje Sisben**: Desplazado

Dirección: Calle 10 # 8-67 el curubito**Teléfono:** 3208835542-3209387079

Aseguradora (EPS): No tiene EPS **Ocupación u oficio**: Centro dia

Ultimo nivel educativo: Sin Escolaridad___x____ Primaria _____ Secundaria ____Técnica _____ Universitaria _____Otra_____

Nombre del acudiente o cuidador: Rosalba Gonzales

Modalidad de los programas vinculados	Centro dia y apoyo nutrcional	
Diagnóstico	Parálisis cerbral Parcial	
Tipo de discapacidad	Transitoria	Permanente x

Desplazamiento	Caminado y silla de ruedas

Tipología familiar

Nuclear biparental		Nuclear monoparental		Familia extensa	
Familia de padres separados		Familia reconstituida	x	Otra	

Composición familiar

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Ultimo nivel educativo
Rosalba Gonzales	Madrastra	72	Hogar	Segundo
Hernando Marin	Padre	78	Hogar	Segundo
-	-	-	-	-

¿Cuenta con apoyo de otros familiares y/o amigos?	**SI** **x**	**NO**	**¿Quiénes?** **Hermano**
¿Recibe usted subsidio del Estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** **x**	**¿Cuáles?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar presenta alguna condición de discapacidad?	**SI**	**NO** **x**	**¿Cuál?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe algún tipo de subsidio del estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI** **x**	**NO**	**¿Cuál?** **Adulto mayor de la madrastra**

Vivienda

Tenencia: Propia _____ Arriendo__x____ familiar_____

N° de personas que habitan la vivienda__3__ **Tipo:** Casa ___Apto ___Pieza ___Inquilinato_____

Condiciones de la vivienda: Excelente _____ Buenas_____ Regulares ___x____ Deficientes_____

Ingresos mensuales		Egresos mensuales	
Personales	-	Alimentación	400.000
Pareja	-	Vivienda	300.000
Padre	-	Servicios públicos	150.000
Madre	-	Transporte	-
Otros	-	Educación	-
Hermano	850.000	Salud	-
Madrastra	75.000	Créditos	-
		Otros	
Total	850.000	Total	850.000

Observaciones

La vivienda es en arriendo. Comparten esta vivienda con el hermano con sus tres hijos menores de edad.El padre de la usuaria manifiesta que los gastos son independientes, sin embargo en este momento el no tiene trabajo. La vivienda consta de dos habitaciones, en una de ellas es dinde descansa la familia, se observa una cama y una colchoneta, un baño compartido y una cocina. comparten patio de ropas.

Dinámica familiar y social

La usuaria vive con el padre y la madrastra. Dentro de la vivienda vive un hermano con tres sobrinos , refiere el padre que los gastos son independientes, sin embargo en este momento el padre se quedo sin trabajo. La madrastra recibe el beneficio del mercado y el bono de adulto mayor. La madrastra es la encargada del cuidado de la usuaria después de que termina la jornada en centro dia, manifiesta que desde hace dos meses se encarga de la usuaria. Refiere el padre que en este momento esta realizando el tramite para EPS subsidiada. Se sugire apoyo domiciliario por enfermería y fisoterapia.

Gloria Liliana Diaz Garcia- Trabajadora social

Gloria Liliana Díaz G.
Trabajo Social
T.P. 135.197.194

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Chía

ASOCADEVI

FORMATO

VISITA DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL

FECHA: Septiembre 25 de 2019

Datos de identificación

Nombres y apellidos: Emily Mariana Rojas Avellaneda

Tipo de documento: CC **Número de documento**: 10147338125

Fecha de nacimiento: Febrero 24 de 2005 **Edad**: 14 **Sexo**: F_x___M_____ **Puntaje Sisben**: 14

Dirección: Vereda La balsa Sector Sabana**Teléfono:** 3219266042

Aseguradora (EPS): Famisanar **Ocupación u oficio**: Estudiante

Ultimo nivel educativo: Sin Escolaridad_____ Primaria _____ Secundaria __x__Técnica _____ Universitaria _____Otra_____

Nombre del acudiente o cuidador: Yeimi Avellaneda

Modalidad de los programas vinculados	Apoyo nutricional	
Diagnóstico	Epilepsia, Sindromes epilépticos ideopáticos generalizados	
Tipo de discapacidad	Transitoria	Permanente x

Desplazamiento	Es autónoma en todas sus actividades

Tipología familiar

Nuclear biparental		Nuclear monoparental		Familia extensa	x
Familia de padres separados		Familia reconstituida		Otra	

Composición familiar

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Ultimo nivel educativo
Yeimi Avellaneda	Madre	32	Hogar	Once
Andres Rojas	Padre	38	Operario Shapely	Quinto
Mauricio Avellaneda	Abuelo	52	Ofciios varios	Once
-	-	-	-	-
-				

¿Cuenta con apoyo de otros familiares y/o amigos?	**SI**	**NO** **X**	**¿Quiénes?**
¿Recibe usted subsidio del Estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** **X**	**¿Cuáles?** -
¿Algún miembro de su núcleo familiar presenta alguna condición de discapacidad?	**SI** **x**	**NO**	**¿Cuál?** **Sordera auditiva del abuelo**
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe algún tipo de subsidio del estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** **x**	**¿Cuál?** -

Vivienda

Tenencia: Propia ___x__ Arriendo_____ familiar_____

N° de personas que habitan la vivienda___4_ **Tipo:** Casa ___Apto ___Pieza ___Inquilinato_____

Condiciones de la vivienda: Excelente _____ Buenas__x____ Regulares _____ Deficientes_____

Ingresos mensuales		Egresos mensuales	
Personales		Alimentación	300.000
Pareja		Vivienda	Propia del padre
Padre	826.000	Servicios públicos	150.000
Madre		Transporte	150.000
Otros		Educación	
Hermana		Salud	
		Créditos	200.000 moto
		Otros	
Total	826.000	Total	800.000

Observaciones

La vivieda es propia, consta de una sala, comedor, cocina, tres habitaciones, tres camas y un patio de ropas. Se evidecnia buenas condiciones habitacionales y de aseo.

Dinámica familiar y social

La usuaria vive con los padres y el abuelo materno. Estudia en el colegio la balsa y esta en noveno grado. Asiste al programa de Centro de vida sensorial los días jueves a la 3:00pm, además se encuentra vinculada en el IMRD en natación los días miércoles a las 3:00pm en la Universidad Manuela Beltran. La madre refiere que tiene pendiente una cita con el neuropediatra, están sacando los exámenes de sangre, cognitiva y electroencefalograma para esta cita. El padre trabaja como operario en la empresa Shapely, el abuelo en ocasiones aporta económicamente. La madre tuvo que dejar de trabajar ya que se detecto una enferemedad degenerativa (enfermedad degenerativa del raquis Cervical con incipientes signos de espondilosis y discopatía C5-C6 con compromiso neuroforaminal izquierda) desde el mes de Julio de 219 perdiendo fuerza en las manos y cansancio constante.

Gloria Liliana Diaz G
Trabajo Social
Uniminuto
C. 35.197.194

Gloria Liliana Diaz Garcia- Trabajadora social

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Chía

ASOCADEVI

FORMATO

VISITA DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL

FECHA: Septiembre 25 de 2019

Datos de identificación

Nombres y apellidos: Diego Alexander Rojas Gutierrez

Tipo de documento: TI **Número de documento**: 1072645638

Fecha de nacimiento: Noviembre 19 de 2005 Edad: 13 **Sexo**: F__x__M_____ **Puntaje Sisben**: 28

Dirección: Vereda la Balsa Sector Sabaneta**Teléfono:** 3174252625

Aseguradora (EPS): Sura **Ocupación u oficio**: Estudiante

Ultimo nivel educativo: Sin Escolaridad_____ Primaria _____ Secundaria __x__Técnica _____ Universitaria _____Otra_____

Nombre del acudiente o cuidador: Liliana Gutierrez

Modalidad de los programas vinculados	Apoyo nutricional	
Diagnóstico	Trastornos Crecimiento oseo- Escoliosis	
Tipo de discapacidad	Transitoria	Permanente x

Desplazamiento	Es autono en todas las actividades. Refiere la madre que se cansa con rapidez.

Tipología familiar

Nuclear biparental		Nuclear monoparental		Familia extensa	x
Familia de padres separados		Familia reconstituida		Otra	

Composición familiar

Nombres y apellidos	Parentesco	Edad	Ocupación	Ultimo nivel educativo
Liliana Gutierrez	Madre	36	Empleada en casa de familia	Octavo
Rafael Rojas	Padre	44	Carpintero	Octavo
Nicolas Eduardo Rojas	Hermano	21	Empleado Docmiliarios. Estudiante	Universitario
David Rodriguez	Primo	13	Estudiante	Octavo
-	-	-	-	-
-				

¿Cuenta con apoyo de otros familiares y/o amigos?	**SI**	**NO** x	**¿Quiénes?**
¿Recibe usted subsidio del Estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI** x	**NO**	**¿Cuáles?** **Caja de compensación familiar 30.000 mil pesos**
¿Algún miembro de su núcleo familiar presenta alguna condición de discapacidad?	**SI** x	**NO**	**¿Cuál?** **Escoliosis degenerativa del padre**
¿Algún miembro de su núcleo familiar recibe algún tipo de subsidio del estado o de alguna organización social para la salud, vivienda, alimentación, recreación?	**SI**	**NO** x	**¿Cuál?** -

Vivienda

Tenencia: Propia ___x__ Arriendo_____ familiar_____

N° de personas que habitan la vivienda__5__ **Tipo:** Casa __x_Apto ___Pieza ___Inquilinato_____

Condiciones de la vivienda: Excelente _____ Buenas__x____ Regulares _____ Deficientes_____

Ingresos y egresos familiares

Ingresos mensuales		**Egresos mensuales**	
Personales	-	Alimentación	400.000
Pareja	-	Vivienda	Propia
Padre	826.000	Servicios públicos	340.000
Madre	300.000	Transporte	100.000
Otros	-	Educación	
Hermano	360.000	Salud	235.000
		Créditos	170.000 moto
		Otros	-
Total	1.486.000	Total	1.245.000

Observaciones

La vivienda es propia, consta de sala, comedor , un baño, tres habitaciones, cuatro camas y un patio de ropas. Se evidencia buenas condiciones de aseo.

Dinámica familiar y social

El usuario vive con un primo, un hermano y los padres, el padre trabaja en carpintería, la madre en una casa de familia medio tiempo, el hermano mayor trabaja como mensajero y estudia administración de empresas. El padre presenta hernias discales en la columna y escoliosis degenerativa, la madre refiere que el padre debe realizarse una intervención quirúrgica la cual no se ha realizado ya que mencionan la importancia del ingreso que el padre en la familia. El usuario estudia en el colegio La balsa y cursa Octavo grado, asiste a centro de vida sensorial los días jueves a las tres de la tarde. Se sugiere apoyo domiciliario por fisioteapia.

Gloria Liliana Diaz G.
Trabajo Social
Unminuto
C.C. 65.197.194

Gloria Liliana Diaz Garcia- Trabajadora social

SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL

Alcaldía de Chía

ASOCADEVI

FORMATO

VISITA DOMICILIARIA TRABAJO SOCIAL

FECHA: Septiembre 25 de 2019

Datos de identificación

Nombres y apellidos: Maria Fabiola Millan Rincón

Tipo de documento: CC **Número de documento**: 39785440

Fecha de nacimiento: Diciembre 6 de 1968 **Edad**: 49 **Sexo**: F_x___M_____ **Puntaje Sisben**: 21,95

Dirección: Vereda La Balsa Sector Sabaneta**Teléfono:** 3118325562

Aseguradora (EPS): Medimas **Ocupación u oficio**: Hogar

Ultimo nivel educativo: Sin Escolaridad_____ Primaria __x___ Secundaria ____Técnica _____ Universitaria _____Otra_____

Nombre del acudiente o cuidador: Laura Camila Espinoza

Modalidad de los programas vinculados	Apoyo nutricional	
Diagnóstico	Mielomeningocele	
Tipo de discapacidad	Transitoria	Permanente x

Desplazamiento	Silla de ruedas