I. DATOS INICIALES Y DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

(1). Identificación Niño-a NUIP: 1013157141

(2).Nombres Niño-a: Andres Santiago **(3). Apellidos Niño-a:** Castellanos Paz

(4).Sexo: 01 Hombre 02 Mujer 03 Intersexual: ____, **(5).Fecha de Nacimiento día** 4, **Mes** 11 **Año** 2020

(6). Nombre Padres/Cuidadores Soleidy Vanessa Paz Dias

Madre adolescente: Si___ **No** X **Menor de 14 años Si**___ **No**___ **Entre 14 –17.11años Si**___ **No**____

Si la madre es adolescente señale:

Discapacidad NO **Cuál**_____ **Etnias** NO **Víctima del conflicto armado** NO

(7).Fecha de Nacimiento día 29 **Mes** 12 **Año** 99. **(8).Teléfono(s)** 3245009925 **(9).Dirección:** Cll 69 C 105 H 54

(10). Barrio: San Basilio **(11). Modalidad de gestión AIPI Jardín** 1. SDIS___2. MIXTA____

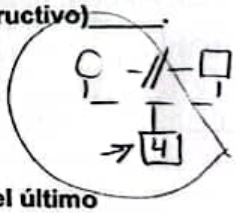
3.COFINANCIADO X 4. SOCIALES.____ 5. OTRA.____

CUAL_____**(12).Localidad:** 20 **(13). Jardín:** Pie Jardin A **(14).**

Nivel_____**.(15). Tipología familiar:** 1. Biparental: __2. Mono parental masculina:___3. Mono parental femenina: ___ 4. Homo parental:___5. Recompuesta: ___6. Extensa: ___7. De acogida: ____ **(16). El niño-a, tiene alguna discapacidad: 1. SI**____**2. NO.** _____ **Cuál:**_____ **(17). La familia que consulta es o se reconoce dentro de un Grupo Étnico determinado (escriba el código, de acuerdo con el instructivo)**____.

(18). La familia que consulta ha sido Víctima de Conflicto Armado. 1. SI____ **2. NO.**____

(19) GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN



(20).Fecha de atención: día/mes/año: 14-06-24 **(21). Acontecimientos significativos en el último año:**

Sin criterio. La familia refiere no haber presenciado acontecimientos significativos en el último año.

II. CONDICIONES DE LA ATENCIÓN

(22). Fuente de remisión: 1. Coordinador/a: ___ 2. Maestra/o: X 3.Psicólogo-a: ___ 4. Equipo Psicosocial___ 5.Padre/Madre/.____ 6. Otro___, Cuál: _____. **(23).Motivo de consulta:** 1.Normas y Límites____, 2.Agresividad____, 3. Presunta Negligencia____, 4.Presunto Maltrato Infantil_____, 5.Presunto Abuso Sexual_____, 6.Consulta Socio-Legales_____, 7. Baja Corresponsabilidad X, 8.Alteraciones del Desarrollo____, 9. Acompañamiento al proceso de Inclusión_____,10.Conductas relacionadas con la Sexualidad____, 11.Expresión y manejo de las emociones y los sentimientos____,12.Conflicto familiar____. 13. Maltrato Institucional: a. Maestra/o___ b. Salud____ c. ICBF ____d. Comisaría ____e. Otro___. 14. Otro____Cuál_____ **(24) Tipo de acción:** 1.Orientación: ___ 2. Asesoría: ___ 3. Activación ruta RD: ___

Powered by CamScanner

*La orientación se presenta en el marco de un caso de enfoque diferencial Si____ No____ Ruta de atención:

Género____ Víctima del conflicto armado___ Discapacidad ___

(25). SESIÓN No. UNO

MOTIVO DE CONSULTA O DE REMISIÓN:

La Profesional de atención realizo remisión teniendo en cuenta que se evidencio baja corresponsabilidad en cuanto a cumplimiento de deberes en Salud.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN :

Para la actualidad (Posterior a fecha de remisión) se identifica que el niño ya asistió a control pendiente y no se evidencia alerta.

ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y/ O RELACIONADOS:

se había realizado remisión teniendo en cuenta incumplimiento a acciones de corresponsabilidad familiar.

DESCRIPCIÓN DINAMICA FAMILIAR Y PSICOSOCIAL: RECURSOS Y REDES FAMILIARES

Familia monoparental femenina con relación y vinculación afectiva adecuada. No hay participación del padre y la progenitora refiere que no desea iniciar el acompañamiento de dicho caso.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA:

Es un niño activo en su desarrollo.

(26) Comportamiento y Características de el/la niño/niña en el momento del reporte: Señale uno o varios ítems según corresponda.

a. Irritabilidad. 1. SI____2. NO____, **b.** Agresividad. 1. SI____2. NO____, **c.** Comportamiento inhibido. 1. SI____2. NO____, **d.** Dificultades concentración. 1. SI____2. NO____, **e.** Conductas sexuales catalogadas como inapropiadas.1. SI____2. NO____, **f.** Cambios en los hábitos sociales. 1. SI___ NO___, **g.** Reacciones emocionales-afectivas1. SI____2. NO____.

(27). Acuerdos y Compromisos con los padres y/o acudientes:

(2). El día de 12 de Junio se evidencio cumplimiento a compromiso frente a acceso a sesión de salud por lo cual se realiza cierre de acompañamiento y se continua atención con corresponsabilidad de compromiso para garantizar derecho en la infancia.

Nombre Psicólogo/a: Lorena Prabón **Firma:**

Nombre Padre/Cuidador-a: Yuleidy Vanessa Paz Diaz **Firma:**

Powered by CamScanner

I. DATOS INICIALES Y DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

(1). Identificación Niño-a NUIP: 1029525232

(2).Nombres Niño-a: IAM Santiago, **(3). Apellidos Niño-a:** Amado1 Ariza

(4).Sexo: 01 Hombre 02 Mujer 03 Intersexual: 01, **(5).Fecha de Nacimiento día** 21, **Mes** 8 **Año** 21.

(6). Nombre Padres/Cuidadores Mayeli Ariza Avila

Madre adolescente: Si___ **No** X **Menor de 14 años Si**___ **No**___ **Entre 14 –17.11años Si**____ **No**____

Si la madre es adolescente señale:

Discapacidad NO **Cuál**_____ **Etnias** NO **Víctima del conflicto armado** NO

(7).Fecha de Nacimiento día 27 **Mes** 01 **Año** 99. **(8).Teléfono(s)** 3213061847 **(9).Dirección:** Cr 110 6is 70 ^ 28

(10). Barrio: Bosques de Maricna **(11). Modalidad de gestión AIPI Jardín 1. SDIS**___**2. MIXTA**_____

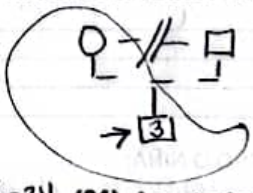
3.COFINANCIADO____ **4. SOCIALES.**_____ **5. OTRA**____

CUAL_____**(12).Localidad:** 10 **(13). Jardín:** _____ **(14).**

Nivel_____**.(15). Tipología familiar: 1.** Biparental: __**2.** Mono parental masculina:___**3.** Mono parental femenina: ___ **4.** Homo parental:___**5.** Recompuesta: ___**6.** Extensa: ___**7.** De acogida: ____ **(16). El niño-a, tiene alguna discapacidad: 1. SI**____**2. NO.** _____ **Cuál:**_____ **(17). La familia que consulta es o se reconoce dentro de un Grupo Étnico determinado (escriba el código, de acuerdo con el instructivo)**_____.

(18). La familia que consulta ha sido Víctima de Conflicto Armado. 1. SI____ **2. NO.**____

(19) GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN



(20).Fecha de atención: día/mes/año: 14-06-24 **(21). Acontecimientos significativos en el último año:**_____

Sin criterio.

II. CONDICIONES DE LA ATENCIÓN

(22). Fuente de remisión: 1. Coordinador/a: ___ **2.** Maestra/o: X **3.**Psicólogo-a: ___ **4.** Equipo Psicosocial___ **5.**Padre/Madre/.____ **6.** Otro___, Cuál: _____. **(23).Motivo de consulta: 1.**Normas y Límites____, **2.**Agresividad____, **3.** Presunta Negligencia____, **4.**Presunto Maltrato Infantil_____, **5.**Presunto Abuso Sexual_____, **6.**Consulta Socio-Legales_____, **7.** Baja Corresponsabilidad_____, **8.**Alteraciones del Desarrollo____, **9.** Acompañamiento al proceso de Inclusión_____,**10.**Conductas relacionadas con la Sexualidad____, **11.**Expresión y manejo de las emociones y los sentimientos____,**12.**Conflicto familiar____. **13.** Maltrato Institucional: a. Maestra/o___ b. Salud____ c. ICBF ____d. Comisaría ____e. Otro___. **14.**

Powered by CamScanner

Otro___Cuál_____ **(24) Tipo de acción:** 1.Orientación: ___ 2. Asesoría: ___ 3. Activación ruta

RD: ___

*La orientación se presenta en el marco de un caso de enfoque diferencial Si____ No X Ruta de atención:

Género____ Víctima del conflicto armado NO Discapacidad NO

(25). SESIÓN No. UNO

MOTIVO DE CONSULTA O DE REMISIÓN:

La Profesional realizó remisión teniendo en cuenta que se evidencia baja corresponsabilidad frente a acceso a servicios de salud infantil.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN :

Baja corresponsabilidad con respecto a acceso a servicios de salud.

Se hizo necesario trabajar frente a prevención de revictimización

ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y/ O RELACIONADOS:

Sin criterio.

DESCRIPCIÓN DINAMICA FAMILIAR Y PSICOSOCIAL: RECURSOS Y REDES FAMILIARES

-Familia monoparental femenina
Relaciones y vinculación positiva
Interacción adecuada entre integrantes.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA:

Es un niño activo en su proceso de desarrollo.

(26) Comportamiento y Características de el/la niño/niña en el momento del reporte: Señale uno o varios ítems según corresponda.

a. Irritabilidad. 1. SI____2. NO X, **b.** Agresividad. 1. SI____2. NO X, **c.** Comportamiento inhibido. 1. SI____2. NO____, **d.** Dificultades concentración. 1. SI____2. NO X, **e.** Conductas sexuales catalogadas como inapropiadas.1. SI____2. NO X, **f.** Cambios en los hábitos sociales. 1. SI___ NO X, **g.** Reacciones emocionales-afectivas1. SI____2. NO X

(27). Acuerdos y Compromisos con los padres y/o acudientes:

(1). Garantizar acceso a servicios de salud infantil en áreas de atender integralmente los procesos de crecimiento y desarrollo infantil. (2). la familia debe gestionar ante EPS del cumplimiento antes de 1 mes

Nombre Psicólogo/a: Lorena Pinzón R **Firma:** LPR.

Nombre Padre/Cuidador-a: Mayerli Ruiz **Firma:**

Powered by CamScanner