ACTA N°

FECHA: Bogotá, 10/07/2024

HORA: 1 a 2:30 pm

LUGAR: J.I Manantial

TEMA: Atención caso Angel Emmanuel Cardenas M.

ASISTENTES:

Progenitor, Responsable, educadora especial y Psicóloga

ORDEN DEL DÍA:

1. Presentación, analisis y sensibilización por situación del 06/06/24
2. Orientaciones de profesionales
3. Cierre.

DESARROLLO:

1. Se inicia encuentro con presentación al Sr. Leonardo Cárdenas progenitor del Menor en Mención, profesionales Stefany Cárdenas Psicóloga, Lorena Garcia educadora especial y Responsable Mayra Malagón,

Al realizar el analisis de situación del 06/06/24 el progenitor menciona no trascender con queja o situaciones al respecto, toda vez que estrade la reacción y comportamientos de los menores. Se sensibiliza y hace enfasis en el acompaña

Powered by CamScanner

miento a las familias ampliadas.
Psicosocial orienta la importancia de la regulación emocional, límites y normas en casa, estilo de crianza democrático de progenitores, establecer rutinas claras y consecuentes, basadas en respeto y amor.
Se sugiere no uso de medios tecnológicos y la verificación de contenido que pueda estar reforzando la conducta agresiva del menor, ya que en medio familiar también ha sido cuestionado.
Educadora especial refiere acompañamiento y observación al día de hoy donde se identifica la necesidad de articulación y acompañamiento por conductas disruptivas, agresión a pares, posible alteración en el desarrollo. Por lo tanto, se requieren de valoraciones médicas pertinentes y retomar terapias..
Padre de familia menciona cita el 18/01/24 a las 7 AM.; donde solicitará la historia clínica y remisiones a profesionales
Se brindan estrategias y se enfatiza en un proceso articulado con familia y jardín en beneficio del menor y logro los avances.

Powered by CamScanner

significativos en su desarrollo integral.
Se programa encuentro el 23/07/24 a 8:30 am, de solicita asistencia de progenitores se deja consentimiento informado de psicología y formato de trabajo individual

Compromisos:

Compromisos	Responsables	Fecha de Ejecución
Acogida a orientaciones y ajustes en medio familiar.	progenitores	10/07/2024
Ajustes a orientaciones y casos médicos		

CONVOCATORIA. Se propone una nueva reunión para el día

En constancia de lo anterior firman:

Nombres y Apellidos	Cargo o Tipo de vinculación	Dependencia	Firma
LEONARDO CARDENAS	PADRE	79914826	
Diana L. Garcia.	Edu. Especial	SDIS - Infancia.	
Maye Molano	Del Sem	J Manana	
Stefany Cárdenas V	Psicóloga	SDIS Infancia	

Elaboró: Stefany Cárdenas V.

Powered by CamScanner

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE LA ORIENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL A FAMILIAS, CUIDADORAS Y CUIDADORES EN JARDINES INFANTILES Y CASAS DE PENSAMIENTO INTERCULTURAL

Proyecto: 7714	Fecha de diligenciamiento: 10/07/2024
Jardín Infantil o Casa de Pensamiento Intercultural: JI CC Manantial	Localidad: 19
Nombre de la niña o niño: Angel Emanuel Cárdenas Moreno	Edad: 2 años
Nivel: Párvulos B	Tipo y número documento de identidad: RC 1023422217
Nombre madre, padre, cuidadora o cuidador: Leonardo Cárdenas Puentes	
Edad: 41 años	Tipo y número documento de identidad: CC 79914826
Teléfonos de contacto: 3176878979	Parentesco: Progenitor

LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE TIENE COMO OBJETIVO EXPLICARLE EL USO Y CONFIDENCIALIDAD DE SUS DATOS Y EL DE SUS HIJAS O HIJOS, ASÍ COMO SUS DERECHOS Y COMPROMISOS CON RESPECTO A LA ORIENTACIÓN Y LOS PROCESOS DE ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL. SI TIENE CUALQUIER DUDA CONSÚLTELA CON LA O EL PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA.

USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Toda la información concerniente al desarrollo de la orientación o acompañamiento psicosocial individual y en medio familiar de la niña o niño participante del jardín infantil o casa de pensamiento intercultural así como la de su familia, incluyendo cualquier grabación de audio, video o reporte escrito, es de carácter confidencial[1] y no será divulgada ni entregada a ninguna otra institución o individuo sin su consentimiento expreso excepto en los casos contemplados en el artículo 25 de la Ley 1090 de 2006, como cuando la orden de entrega provenga de una autoridad judicial o administrativa competente[2], se aclara que el alcance de los servicios en el marco de la orientación y el acompañamiento psicosocial no contempla realizar ningún tipo de grabación de audio o video a niñas o niños, en caso de presentarse circunstancias particulares que presuntamente vulneren, amenacen o inobserven la supervivencia y el goce efectivo del ejercicio de sus derechos o la de algún miembro de su familia, esta se pondrá en conocimiento de la autoridad competente y suministrará la información estrictamente necesaria.

ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIAL

En el marco del acompañamiento psicosocial, las acciones de las y los profesionales de la Secretaría Distrital de Integración Social en jardines infantiles y casas de pensamiento intercultural, estarán encaminadas a la orientación a las familias, padres, madres, cuidadoras, cuidadores y comunidad en temas relacionados con el desarrollo armónico e integral de las niñas y niños, la garantía de sus derechos y el ejercicio de sus deberes que debe ser garantizado por sus familias, cuidadoras y cuidadores como agentes corresponsables, en todo caso este acompañamiento no se considerará como un proceso terapéutico.

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Las decisiones sobre la continuidad o suspensión de las actividades programadas por la o el profesional en psicología son tomadas por usted(es). El proceso de acompañamiento psicosocial requiere de su compromiso, asistencia, puntualidad y participación, todas las acciones reposarán en la historia social de la niña o niño.

En cualquier momento este consentimiento podrá ser revocado o podrá darse por terminada la relación con la o el profesional en Psicología por parte de la familia de la niña o niño que haya solicitado el acompañamiento, evento en el cual se informará por escrito el motivo de revocación e inconformidad, a la o el responsable del servicio, sin que esto llegue a afectar el vínculo entre la familia, padre, madre, cuidadora o cuidador y el respectivo servicio social prestado a la o el participante, relación comprendida en el marco de los principios de corresponsabilidad y reciprocidad, favoreciendo así la armonía y las relaciones fundadas en la confianza y cooperación entre ambas partes para promover la protección integral[3] de sus derechos, es por ello que el seguimiento será continuo para la niña, niño o adolescente y su familia.

---

[1] Artículos 5, 23 y 25 de la Ley 1090 de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones.
[2] Sectores de salud, seguridad, protección o justicia.
[3] Artículo 7 de la Ley 1098 de 2006 por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia.

Powered by CamScanner

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leonardo Cárdenas Fuentes identificada(o) con tipo y número de documento de identidad CC 79914826 de Tolima y _____ identificada(o) con tipo y número de documento de identidad _____ de _____ en calidad de representante(s) legal(es) de la niña o niño Angel Emmanuel Cárdenas Morales con tipo de documento y número de identificación CC 1023422217 manifiesto

1) Mi (nuestra) aceptación del proceso orientación o acompañamiento psicosocial, respecto de las acciones de los profesionales de la Secretaría Distrital de Integración Social, encaminadas a la orientación y acompañamiento a las familias, padres, madres, cuidadores(as), y comunidad en temas relacionados con el desarrollo armónico integral de las niñas y niños participantes, la garantía de sus derechos y el ejercicio de sus deberes en mi (nuestra) calidad de agentes corresponsables de un servicio brindado por la Secretaría Distrital de Integración Social, no considerándose como un proceso terapéutico, Este proceso me (nos) ha sido explicado y ha sido entendido por mí (nosotros) y cuyas condiciones generales me (nos) ha aclarado la o el profesional en psicología en forma clara, objetiva, oportuna, veraz y completa.
2) Que la información que le brindo (brindamos) a la o el profesional en psicología corresponde a mí (nuestra) realidad, y es verdad.
3) Que he (hemos) leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto (aceptamos) su contenido y las consecuencias que de él se deriven, accedo (accedemos) a lo anteriormente mencionado en forma libre, espontánea y clara.

Una vez leído, explicado y comprendido el acompañamiento psicosocial que se seguirá en adelante, se firma el presente consentimiento informado el día diez del mes Julio del año 2024 en la ciudad de Bogotá D.C.

Acepto ☒ No acepto ☐ (Marque con una x)

79914826

Firma padre o cuidador[4]:
Nombres y apellidos completos:
Tipo y número de documento identidad:

Firma madre o cuidadora[5]:
Nombres y apellidos completos:
Tipo y número de documento identidad:

Firma de la o él profesional en Psicología:
Nombres y apellidos completos: Stefany Cárdenas V
Tarjeta Profesional: 201035

Observaciones: _____

[4] El acompañamiento psicosocial no está dirigido directamente a niñas o niños en primera infancia, sino a sus familiares, cuidadoras y cuidadores, en este sentido la firma representa a la persona que acude al proceso de acompañamiento.
[5] El acompañamiento psicosocial no está dirigido directamente a niñas o niños en primera infancia, sino a sus familiares, cuidadoras y cuidadores, en este sentido la firma representa a la persona que acude al proceso de acompañamiento.

Powered by CamScanner

I. DATOS INICIALES Y DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

(1). Identificación Niño-a NUIP: 1023412213

(2).Nombres Niño-a: Angel Emmanuel (3). Apellidos Niño-a: Cardenas Morales

(4).Sexo: 01 Hombre 02 Mujer 03 Intersexual 01 (5).Fecha de Nacimiento dia 06 Mes Mayo Año 22

(6). Nombre Padres/Cuidadores Leonardo Cárdenas - Paola Moreno

Madre adolescente: SI___ No X Menor de 14 años SI___ No X Entre 14 -17.11años SI___ No X

Si la madre es adolescente señale:

Discapacidad no Cuál ___ Etnias no Victima del conflicto armado no

(7).Fecha de Nacimiento dia 06 Mes 05 Año 22 (8) Teléfono(s) 3136838979

(9).Dirección: Calle 18 # 23 C 59 Sur.

(10). Barrio: Santa Paula (11). Modalidad de gestión AIPI Jardin 1. SDIS X 2. MIXTA___

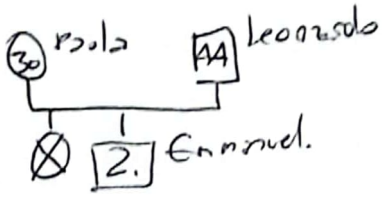
3.COFINANCIADO X 4. SOCIALES ___ 5. OTRA___

CUAL___(12).Localidad: 19 (13). Jardin: Manzana 21 (14).

Nivel PV B (15). Tipologia familiar: 1. Diparental X 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) no

(18). La familia que consulta ha sido Victima de Conflicto Armado. 1. SI___ 2. NO. X

(19) GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN



(20).Fecha de atención: dia/mes/año: 10/07/2024 (21). Acontecimientos significativos en el último año: No refiere

II. CONDICIONES DE LA ATENCIÓN

(22). Fuente de remisión: 1. Coordinador/a X 2. Maestra/o ___ 3.Psicólogo-a ___ 4. Equipo Psicosocial___ 5 Padre/Madre/___ 6. Otro X, Cuál Estudios (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 X, 10.Conductas

Powered by CamScanner

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 X 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 10/07/2024.

MOTIVO DE CONSULTA O DE REMISIÓN:

Se realiza acompañamiento por dosibilizacion necesaria y dinamica familiar, por situacion el periodo 06/jun donde fue remitido por via por de entorno necesidad de atencion por dificultades en lenguaje y comunicacion, alimentacion y conducta

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN:

Se realiza lectura y firma de consentimiento informado, relato de situacion que refiere de sus quejas, toda vez que no asiste en el niño se sensibiliza situacion y se realiza psicoterapia interesante en pautas de crianza, limites y normas, se brinda estrategias y se acuerda radicar solicitud de atencion integral.

ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y/ O RELACIONADOS:

Progenitor refiere atenciones anteriores en paquete integral - en fonoaudiologia y psicoterapia no recuerda cuantas sesiones, por parte de progenitora se evidencia necesidad de atencion por perdida de hijos - fallecimiento

DESCRIPCIÓN DINAMICA FAMILIAR Y PSICOSOCIAL: RECURSOS Y REDES FAMILIARES

Nucleo familiar nuclear, progenitora labora con COOSERPARK y progenitor no labora actualmente anteriormente agente de seguridad Red de apoyo ciudadela Adriana y anteriormente abuela materna Luz Maria, quien no brinda orientaciones de padres y cuidados segun refiere progenitor.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA:

Perinatal= deseado, embarazo gemelar parto cesarea a 6 meses, menor se infecto 6 veces, estuvo hospitalizada 2 meses y medio en incubadora, hermana fallecio en monitoreo menor grado alimentacion, plan familiar, exigente domiciliario anteriormente presento apnea de sueño.

(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

Powered by CamScanner

inapropiadas 1. SI___ 2. NO___, f. Cambios en los hábitos sociales 1. SI___ NO___, g. Reacciones emocionales-afectivas 1. SI___ 2. NO___.

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

- Cita de psiquiatría el 18/07/2024 7:00 am seguir de atendere y historia clínica.
- Acogida de cuidadores, brindar abrazo por nuestrantes.
- Reportar necesidades - citas comisiones.
- Acudir a citas el 23/07/24 con [illegible]

Nombre Psicólogo/a: [illegible] **Firma:** [illegible]

Nombre Padre/Cuidador-a: LEONARDO CARDENAS P. **Firma:** [signature]

(28). SESIÓN No. DOS

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:

Nombre Psicólogo: _____ **Firma:** _____

Nombre Padre/Cuidador-a: _____ **Firma:** _____

(29). SESIÓN No. TRES

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:

Nombre Psicólogo: _____ **Firma:** _____

Powered by CamScanner