(2).Nombres Niño-a: [illegible] (3). Apellidos Niño-a: [illegible]

(4).Sexo: 01 Hombre 02 Mujer 03 Intersexual: 01 (5).Fecha de Nacimiento día___ Mes___ Año___

(6). Nombre Padres/Cuidadores_____

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

Si la madre es adolescente señale:

Discapacidad____ Cuál_____ Etnias____ Victima del conflicto armado_____

(7).Fecha de Nacimiento día__ Mes__ Año___ (8).Teléfono(s) _____ (9).Dirección:_____

(10). Barrio:_____(11). Modalidad de gestión AIPI Jardín 1. SDIS___2. MIXTA_____

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

CUAL_____(12).Localidad:. 10 (13). Jardín: Arbolito Rubio (14).

Nivel_____,(15). Tipología familiar: 1. Biparental: X 2. Mono parental masculina:___3. Mono parental femenina: ___ 4. Homo parental:___5. Recompuesta: ___6. Extensa: ___7. De acogida: ____ (16). El niño-e, 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 Victima de Conflicto Armado. 1. SI____ 2. NO.____

(19) GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN

(20).Fecha de atención: día/mes/año: 24-07-24 (21). Acontecimientos significativos en el último año:_____

La familia no socializa ningún acontecimiento significativo.

II. CONDICIONES DE LA ATENCIÓN

(22). Fuente de remisión: 1. Coordinador/a: X 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 a la Primera Infancia y la Coordinadora Solicitan acompañamiento en medio familiar debido a que no hay cumplimiento de normas y se han implementado diferentes estrategias para favorecer las interacciones asertivas de acuerdo a los lineamientos establecidos en la ruta

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN :

La familia se compromete a organizar y cumplir los horarios para favorecer el cumplimiento de normas establecidas. Adicionalmente, se resalta el compromiso de asistir a citas que nos permite reconocer la importancia de permitir la vinculación del padre durante toda la jornada.

ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y/ O RELACIONADOS:

Sin Contexto.

DESCRIPCIÓN DINAMICA FAMILIAR Y PSICOSOCIAL: RECURSOS Y REDES FAMILIARES

familia nuclear compuesta por progenitores y 2 hijos.

Relaciones positivas y armónicas según información recolectada por padres.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA:

es un niño activo en el proceso de desarrollo y cuenta con habilidades de acuerdo a su edad.

(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 X 2. NO____, **b.** Agresividad. 1. SI X 2. NO____, **c.** Comportamiento inhibido. 1. SI____2. NO X, **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____.

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

(1). Se acuerda con la familia ingreso en algunas ocasiones hasta las 8:30 am teniendo en cuenta hacemos solicitudes por la familia (2). Favorecer espacios de higiene personal y consulta con el pediatra tratando de disminuir el uso de pañal en jardín AM

Nombre Psicólogo/a: Brenda Piraban Rodriguez **Firma:** [signature]

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

(3). Continuar control y seguimiento en odontología para manejo.

Powered by CamScanner