(2).Nombres Niño-a: Dio Jose (3). Apellidos Niño-a: Hermoso 2

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

(6). Nombre Padres/Cuidadores_____

Madre adolescente: Si___ No___ Menor de 14 años Si___ No___ Entre 14 -17.11años Si___ No___

Si la madre es adolescente señale:

Discapacidad____ Cuál_____ Etnias____ Víctima 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:._____(13). Jardín: Arbo Roble (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-a, tiene alguna discapacidad: 1. SI____2. NO. X 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. X

19) GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN

20).Fecha de atención: día/mes/año: 25072024 (21). Acontecimientos significativos en el último año:_____

Nacimiento de hermana menor del Participante. (3 meses).

II. CONDICIONES DE LA ATENCIÓN

2). Fuente de remisión: 1. Coordinador/a: ___ 2. Maestra/o: X 3.Psicólogo-a: ___ 4. Equipo Psicosocial___

Padre/Madre/.____ 6. Otro___, Cuál: _____. (23).Motivo de consulta: 1.Normas y Límites____, 2.Agresividad____, 3. esunta Negligencia____, 4.Presunto Maltrato Infantil_____, 5.Presunto Abuso Sexual_____, 6.Consulta Socio-Legales_____, 7. ja Corresponsabilidad_____, 8.Alteraciones del Desarrollo____, 9. Acompañamiento al proceso de Inclusión_____,10.Conductas acionadas con la Sexualidad____, 11.Expresión y manejo de las emociones y los sentimientos X 12.Conflicto familiar____ Maltrato Institucional: a. Maestra/o___ b. Salud____ c. ICBF ____d. Comisaría ____e. Otro___. 14. o____Cuál_____ (24) Tipo de acción: 1.Orientación: ___ 2. Asesoría: ___ 3. Activación ruta : ___

Powered by CamScanner

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

Género UO Victima del conflicto armado NO Discapacidad NO

(25). SESIÓN No. UNO

MOTIVO DE CONSULTA O DE REMISIÓN:

La Progenitora del niño refiere encontrarse preocupada informando que hijo presenta síntomas en mucosas oral, fiebre, acompañados de llanto y alteración en el sueño.

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN :

El niño ha mostrado síntomas de enfermedad y/o presencia Síndrome Down (trisomia infantil – llanto excesivo sin aparente justificación), posterior al nacimiento de la hermana de 3 meses de edad, motivo por el cual fue remitido desde el hogar de atención ante dicho diagnostico.

Adicionalmente se identifica importancia de fortalecer la interacción del padre interno en los procesos de crianza infantil

ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y/ O RELACIONADOS:

Sin antecedentes.

DESCRIPCIÓN DINAMICA FAMILIAR Y PSICOSOCIAL: RECURSOS Y REDES FAMILIARES

familia nuclear conformada por Progenitores y 2 hijos de 3 años y 4 meses.

Según información suministrada por Progenitora la interacción del padre en las diferentes acciones e interacciones familiares es escasa.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA:

Es un niño tranquilo, muestra interes en las actividades diarias y la profesional de atención a la primera infancia señalo que el niño muestra 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____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___, g. Reacciones emocionales-afectivas1. SI X 2. NO____.

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

(1). Establecer ambientación para nivel del sueño las cuidadoras que remiten mejorar proceso de sueño nocturno (Horario – Programación Neurolinguistica Contacto físico Hora Protector Seguridad infantil.

Nombre Psicólogo/a: Lorena Prabin M **Firma:** [signature]

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

(2). Se envia citación para el dia 30 de Julio con el fin de trabajar empoderamiento y participación del Rol Paterno tanto en la crianza infantil como en las actividades cotidianas del hogar.

Powered by CamScanner