- Intaurar e iniciar con habitos y normas en el comedor
- Plan de acción en Aula en compañia de la Educadora Especial

Nombre Psicólogo/a: Diana Gracela Morera **Firma:**
Nombre Padre/Cuidador-a: **Firma:**

(28). SESIÓN No. DOS

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

El progenitor manifiesta que la relación entre los progenitores es estable y se comparten la Crianza y el cuidado de Andy. El padre refiere que inicia terapia Psicologica el 20 de Agosto. por particular.

NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:

- Rutina a la hora de dormir, mejora esta durmiendo en su propia cama
- Solicita terapia por psicología
- Se brindan Estrategias para mejorar Conductas Apropiadas

Nombre Psicólogo: Diana Morera Nieto **Firma:**
Nombre Padre/Cuidador-a: Andy Rodriguez **Firma:**

(29). SESIÓN No. TRES

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:

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

(30) .SESIÓN No. CUATRO

AVANCES Y DESARROLLO DE LA SESIÓN:

MEMO INT: 50540 31/08/2015

NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

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

(31) Tipo de acciones realizadas por el Psicólogo-a. Registre con una X la/las acciones realizadas: a. Remisión Referente local de Familias/ Violencias ____, **b.** Remisión a SIVIM (salud pública) ____, **c.** Remisión Comisaría de Familia____, **d.** Remisión Defensoría de Familia ICBF____, **e.** Remisión CAIVDS ____, **f.** Remisión Atención en Salud ____, **g.** Remisión Fiscalía o URI____, **h.** Remisión Atención Terapéutica____, **i.** Remisión Trabajo grupal con familias____, **j.** Acompañamiento en medio familiar____.

(32) Tipo de acciones en el seguimiento realizadas por el Psicólogo-a. Registre con una X la/las acciones realizadas: a. Seguimiento Directo____, **b.**Seguimiento comité de violencias (seguimiento a casos) ____, **c.** Seguimiento con la entidad competente____, **d.** Seguimiento indicadores comportamentales____, **e.** Seguimiento Referente Local de Familias/Violencias____. **f.** Otro____:
Cuál_____

(33) Número de sesiones____ (34) Cierre del caso: 1. Si___2. No___ (35) Fecha del cierre: día/mes/año: _____

(36)
Observaciones:_____
_____
_____

III. CARACTERIZACIÓN DE CASOS CON RUTA ACTIVADA: Cuando la situación de atención requiere una activación de la Ruta para el Restablecimiento de Derechos, se diligencian los siguientes aspectos:

TIPO DE PRESUNTO MALTRATO (37). NEGLIGENCIA: 1. Fallo en la supervisión– daño físico____,2. Descuido higiene y presentación personal___,3. Negligencia Médica (incluyendo salud oral) ___,4. Nutrición inadecuada____,5. Abandono____,6. Trabajo infantil_____,7. Acompañamiento al trabajo____,8. Otras negligencias_____. **(38). VIOLENCIA FISICA_____. (39). VIOLENCIA EMOCIONAL_____, (40). ABUSO SEXUAL_____, (41). TESTIGO DE VIOLENCIA FAMILIAR_____. (42) OTRAS VIOLENCIAS ASOCIADAS:**1. violencia económica,____2. violencia asociadas al Género____.

(43). Situación observada relacionada con quien identifica y remite: a. Relación/parentesco con el Niño-a (Registre el Código de acuerdo Instructivo):___ b. Fecha de Nacimiento día__, Mes__ Año___, c. Sexo: 01 Hombre 02 Mujer_____, **d.** Vive con el niño/niña: **1. Si___2. No___**

(44). Factores de riesgo observados o de conocimiento en los padres, cuidador/la cuidadora. Lea cada una de las alternativas y señale con una **X** según corresponda.

MEMO INT: 50540-31/08/2015