ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO: PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES **FORMATO:** TRABAJO INDIVIDUAL CON FAMILIAS –JARDINES INFANTILES ÁMBITO INSTITUCIONAL	Código:F-PS-182 Versión:0 Fecha:31/08/2015 Página: 1 de 6

I. DATOS INICIALES Y DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

(1). Identificación Niño-a NUIP: 1019159373

(2).Nombres Niño-a: Sharol Juliana (3). Apellidos Niño-a: lopez daza

(4).Sexo: 01 Hombre 02 Mujer 03 Intersexual: 02 (5).Fecha de Nacimiento día 07 Mes 07 Año 2014

(6). Nombre Padres/Cuidadores Yulieth valentina daza Acosta

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____ Cuál_____ Etnias____ Victima del conflicto armado____

(7).Fecha de Nacimiento día 28 Mes 06 Año 2003 (8).Teléfono(s) 3229789999 (9).Dirección: calle 131 b 139 B 83

(10). Barrio: santa rita (11). Modalidad de gestión AIPI Jardín): SDIS___2. MIXTA____

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

CUAL_____(12).Localidad:. suba (13). Jardín: Celestin P.U.F (14).

Nivel PJ. F II (15). Tipología familiar: 1. Biparental: ___2.Mono parental masculina:___3. Mono parental femenina: ___4. Homo parental:___5. Recompuesta: ___6. Ampliada: ___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 Victima del Conflicto Armado. 1. SI____ 2. NO.____

(19) GENOGRAMA O DESCRIPCIÓN

(20).Fecha de atención: día/mes/año: 15-08-2024. Acontecimientos significativos en el último año:

Faltan documentos de salud.
La niña participa en todas las actividades

II. CONDICIONES DE LA ATENCIÓN

(22). Cuanto 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. Protección 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. Otro____Cuál_____ (24) Tipo de acción: 1.Orientación: ___2. Asesoría: ___ 3. Activación ruta RD: ___

Scanned with 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:

Documentos de salud
Pediatra odotologia y Octometria y cresimiento y Desarrolla

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS GENERAL DE LA SITUACIÓN :

No a cumplido con los documetos de salud por que la niña estaba desafiliada de la eps

ANTECEDENTES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL Y/ O RELACIONADOS:

es por mera ves que el sicologo la atiende por los documetos de salud la de Pediatria

DESCRIPCIÓN DINAMICA FAMILIAR Y PSICOSOCIAL: RECURSOS Y REDES FAMILIARES.

el progenitor la afilio a la eps el 30 de Julio de 2024 y por lo tanto ya sacaron cita para cumplir con los documento 22 de Agosto 26 de agosto odontologia.

DATOS RELEVANTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO O NIÑA:

(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:

traer los Resultados de las citas realcidas la la profesional de Primara Infancia

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO: PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES **FORMATO:** TRABAJO INDIVIDUAL CON FAMILIAS –JARDINES INFANTILES ÁMBITO INSTITUCIONAL	Código:F-PS-162 Versión:0 Fecha:31/08/2016 Página: 4 de 6

NUEVOS COMPROMISOS CON LOS PADRES Y/O ACUDIENTES:

Seguir sacando la otra cita como optometria, crecimiento y desarrollo

Nombre Psicólogo: Nancy Abril **Firma:** _____

Nombre Padre/Cuidador-a: Yulieth Daza **Firma:** Yulieth Daza

(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.

Scanned with CamScanner