MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas – Papsivi **FICHA PAP020.** REGISTRO GENERAL PARA ATENCIÓN, SEGUIMIENTO Y CIERRE PARA ADULTOS Y NNA	ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

I. **Datos de identificación**

NOMBRE QUE IDENTIFIQUE A LA PERSONA, O GRUPO DE FAMILIA O COMUNIDAD

_____

Registrar en la ficha de asistencia, PAP030, quienes reciben la atención

II. ACCIONES PROPUESTAS DE TRABAJO

Modalidad: INDIVIDUAL ____, FAMILIAR ____ COMUNITARIA ___ **Nivel** _____

Tema

REGISTRO DE LAS ATENCIONES

FECHA	**ACTIVIDADES** (Describa las acciones llevadas a cabo y los logros o cambios observados en función de los objetivos de la sesión correspondiente, según las orientaciones metodológicas. Es importante incluir algunas frases textuales de las personas atendidas que ilustren cambios o situaciones especiales)
SESIÓN 2	Realizar seguimiento mediante instrumento "Mi camino en la atención psicosocial". En atención Individual, Familiar y Comunitaria
SESIÓN 3	
SESIÓN 4	Realizar seguimiento mediante instrumento "Mi camino en la atención psicosocial". En atención Individual, Familiar y Comunitaria
SESIÓN 5	

SESIÓN 6	Realizar seguimiento mediante instrumento "Mi camino en la atención psicosocial" en atención Individual y Familiar. (En esta sesión NO se realiza seguimiento en la modalidad Comunitaria)
SESIÓN 7	
SESIÓN 8	**Actividad de cierre**

SEGUIMIENTO
(EMPLEAR LA FIGURA DE SEGUIMIENTO - Ver Instructivo)

III. MI CAMINO EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Debe ser diligenciado durante el proceso de atención en la sesión 2, sesión 4 y sesión 6, en las modalidades individual y familiar. **Y en la sesión 2 y 4 para la atención comunitaria.**

De acuerdo a lo conversado hoy y teniendo en cuenta lo que hemos acordado y queremos lograr con nuestra atención psicosocial, quiero que me indique en este camino, ¿en qué parte se encuentra hoy? (se presenta la imagen del camino)

OBJETIVO DE ATENCIÓN ACORDADO:

LUGAR MARCADO "MI CAMINO EN LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL"

FECHA SEGUIMIENTO	Calificación	COMENTARIOS

IV. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL PROCESOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL:

Deberá diligenciarse por el participante o el grupo, en la última sesión (cierre)
(EMPLEAR LA FICHA DE CALIFICACIÓN SEGÚN MODALIDAD – ver instructivo)

REGISTRO DE LOS RESULTADOS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL INSTRUMENTO
Marcar según corresponda: INDIVIDUAL ___, FAMILIAR ___ COMUNITARIA ___

Nº PREGUNTA	Calificación	COMENTARIOS
1		
2		
3		
4		
5		
SUMA		

V. CIERRE

Se diligencia en la última sesión.

Comentarios frente a principales logros alcanzados durante las sesiones:

(Describir, los cambios informados y observados en las áreas de lo que se es, de cómo se encuentra, de lo que cuenta y de lo que hace. Señalando de qué manera estos cambios contribuyeron a la mitigación de las afectaciones en su integridad psicobiológica, proyecto de vida y vida en relación.)

RESUMEN DE ALCANCES DE ATENCIÓN

señalar según tipo de modalidad

INDIVIDUAL	FAMILIAR	COMUNITARIA
1. Niveles de trabajo empleado predominantemente. **1.1.** Consejería y Apoyo 1.1. Atención terapéutica, 2. Motivo de cierre (Seleccione uno) 2.1. Alcance de metas propuestas 2.2. Acuerdo mutuo 2.3. Abandonó o abandonaron el proceso, (se desconoce motivo) 2.4. Dificultades para el acceso y continuidad en atención 2.5. Derivación a atención especializada 2.6. Cambio de municipio de residencia y/o salida del país. 2.7. Factores de contexto y/o ambientales que afectaron continuidad del trabajo. 2.8. Muerte 3. Resumen de los alcances y resultados de la atención INDIVIDUAL (Apreciación del profesional. señalar máximo dos) 3.1. Expresiones de bienestar, satisfacción con restauración en roles y actividades. 3.2. Expresiones de bienestar, por cambios alcanzados. 3.3. Principalmente nuevos sentidos y formas de enfrentar la experiencia de violencia. 3.4. Se identifican formas de enfrentar dificultades eficientes, funcionales. 3.5. Disminución de quejas, persisten algunas áreas con dificultades. 3.6. No hay expresiones de cambios.	1. Niveles de trabajo empleado predominantemente 1.1. Consejería y Apoyo 1.2. Atención terapéutica, 2. Motivo de cierre (Selección única) 2.1. Alcance de metas propuestas 2.2. Acuerdo mutuo 2.3. Abandonó o abandonaron el proceso, (se desconoce motivo) 2.4. Dificultades para el acceso y continuidad en atención 2.5. Derivación a atención especializada 2.6. Cambio de municipio de residencia 2.7. Factores de contexto y/o ambientales que afectaron continuidad del trabajo. 3. Resumen de los alcances y resultados de la atención. FAMILIAR. (Apreciación del profesional. señalar máximo dos) 3.1. Se aprecia organización y funcionamiento eficaz. Con capacidad para enfrentamiento situaciones tensión y problemas 3.2. Organización y funcionamiento aceptable. Con frecuente malestar en los miembros 3.3. Capacidad de la familia para darle nuevos sentido a la experiencia de los hechos de violencia 3.4. No se aprecian cambios relevantes	1. Niveles de trabajo empleado predominantemente. (Seleccione máximo 2) 1.1. Atención comunitaria en situaciones emergentes 1.2. Fortalecimiento colectivo. 1.3. Reconstrucción de memorias 1.4. Reconocimiento Social 2. Motivo de cierre (Selección Única) 2.1. Alcance de metas propuestas 2.2. Acuerdo mutuo 2.3. Abandonó o abandonaron el proceso, (se desconoce motivo) 2.4. Dificultades para el acceso y continuidad en atención 2.5. Derivación a atención especializada 2.6. Cambio de municipio de residencia 2.7. Factores de contexto y/o ambientales que afectaron continuidad del trabajo. 3. Resumen de los alcances y resultados de la atención. COMUNITARIO (Apreciación del profesional. Señalar máximo dos) 3.1. Fomento en Integración, solidaridad y participación de grupo. 3.2. Otras formas de comprensión colectiva de los hechos victimizantes. 3.3. Restauración de algunas prácticas y conmemoraciones 3.4. Compartir y expresar vivencias relacionadas con los hechos victimizantes 3.5. Oportunidad de Capacitación y sensibilización en temas vinculados con conflicto armado 3.6. Reconocimiento y adopción de acciones de protección

Firma Profesional que diligencia: _____