ASOCIACIÓN GENERADORA DE BIENESTAR SHOW KIDS

JARDÍN INFANTIL ANGELES CONTADOR

FORMATO DE CARACTERIZACION PSICOSOCIAL, SALUD Y NUTRICION

MÓDULO I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la sede	ANGELES CONTADOR		**Fecha**			
Ciudad	BOGOTÁ		**Nombre del niño o niña**			
Tipo de documento			**Número de documento**			
Fecha de nacimiento			**Edad**			
País de nacimiento			**Ciudad de nacimiento**			
¿Pertenece a algún grupo étnico? Especifique		**SI**		**NO**		**CUAL**
¿El niño, la niña o su familia son víctimas del conflicto armado? Número de registro						
¿Han vivido una situación de desplazamiento forzado?						
Dirección de vivienda			**Barrio**			
Teléfono principal			**Teléfono alterno**			

MÓDULO II. COMPOSICIÓN Y ESTRUCTURA FAMILIAR

Parentesco	**Nombre completo**		**Edad**	**Nivel de escolaridad /**	**Total horas trabajadas**

MÓDULO III. SALUD Y NUTRICION

Peso al nacer (kg)			**Talla al nacer (cm)**		
¿Cuenta con certificado de valoracion integral completo?	**SI _____ NO ____**	**Proxima cita:**	**¿Cuenta con carné de vacunas?**	**SI ___ NO___**	
			Estado vacunal	**Al dia___ Incompleto ____ Proxima vacuna**	
¿Presenta diagnóstico de malnutrición o riesgo?	**SI _____ NO ____**		**¿Presenta dieta especial?**		
¿Presenta alguna preescripcion alimentaria? ¿Cuál? ¿Por qué?	SI _____ NO __	**¿Cuál y Por que?**			
¿Está afiliado al sistema de seguridad social?	**SI _____ NO ____**		**Tipo de afiliación**		
¿A que tipo de regimen pertenece?	**Contributivo ___ Subsidiado ____ Regimen Especial ____**				
Entidad promotora de salud (EAPB)					
¿Tiene alergia a medicamento o alimento?			**¿Toma actualmente algún medicamento?**		
Alergia o medicamento. Especifique					
¿Presenta alguna enfermedad?			**¿Se encuentra en tratamiento especial?**		
Enfermedad o tratamiento. Especifique					
Tipo de discapacidad o condición del desarrollo, si aplica					
¿Cuenta con diagnóstico?			**¿Recibe terapia actualmente?**		
Tipo de terapia, días y horarios					
¿Recibió lactancia materna?	**SI _____ NO ____**		**¿Actualmente recibe lactancia materna?**		
Edad de inicio de alimentación complementaria			**¿Usa biberón o chupo? Numero de onzas**		

¿Utiliza vaso y cuchara según su edad?		**¿Mastica según su edad?**	
Consistencias que acepta			
¿Presenta tos, náuseas, vómito, atoramiento o dificultad para tragar? SI ____ NO ___ **Describa**			
¿Come solo o requiere ayuda?		**¿Se usa pantalla durante las comidas?**	
¿Se respetan señales de hambre y saciedad?		**¿Se permite explorar y ensuciarse?**	
Frecuencia de consumo de frutas y verduras			
Frecuencia de consumo de proteínas: huevo, carnes, pescado o leguminosas			
Frecuencia de bebidas azucaradas, paquetes, dulces o ultraprocesados			
Síntomas digestivos frecuentes: estreñimiento, diarrea, vómito, reflujo o dolor abdominal			
Vitaminas, hierro, suplemento o fórmula nutricional			
¿La familia presenta dificultad para acceder a alimentos suficientes y variados?			
Fecha de valoración antropométrica		**¿Requiere seguimiento nutricional?**	
Peso actual (kg)		**Longitud o talla actual (cm)**	
Perímetro braquial, cuando aplique		**Clasificación nutricional**	
Frecuencia o fecha del próximo seguimiento			

MÓDULO IV. CARACTERÍSTICAS Y DINÁMICA FAMILIAR

Actividades que realiza habitualmente el núcleo familiar		
¿Cómo se distribuyen las labores del hogar?		
¿Las responsabilidades se comparten entre los integrantes de la familia?	**SI ___ NO ___ ¿COMO?**	
Motivo más frecuente de desacuerdos o dificultades en el hogar		
¿Cómo solucionan los problemas dentro del núcleo familiar?		
¿Personas ajenas al núcleo intervienen frecuentemente en la dinámica familiar?	**SI ___ NO ___ Especifique**	
Actividades del hogar en las que participa el niño o la niña		
Decisiones sencillas en las que participa el niño o la niña		
Tipo de reconocimiento o incentivo que recibe por sus logros		

MÓDULO V. IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y FACTORES PROTECTORES

¿La familia ha enfrentado recientemente desempleo, enfermedad, duelo, desplazamiento u otra situación difícil? Describa	
¿El niño o la niña permanece al cuidado de otras personas durante el día?	SI ___ NO ___ Especifique
Principales fortalezas de la familia para favorecer el desarrollo del niño o la niña	
¿Existe alguna situación que pueda afectar el cuidado, la alimentación, la	SI ___ NO ___
Descripción de la situación identificada	

MÓDULO VI. CARACTERÍSTICAS SOCIOEMOCIONALES

¿Ha asistido antes a otro jardín?	**SI __ NO __ ¿Cuál?**	**Nombre del cuidador principal**	
¿Cómo describe la personalidad de su hijo o hija?			
Actividades o situaciones que le producen alegría			
Situaciones que le generan miedo, inseguridad o malestar			
Juguete, canción o actividad favorita			
Situaciones que le generan frustración			
Alimentos que rechaza o presenta dificultad para consumir			
¿Maneja esfínteres?	SI ___ NO ___		
Habilidades y fortalezas identificadas			

Aspectos que necesita fortalecer o continuar desarrollando	
¿Cómo reconoce la familia que el niño o la niña está feliz?	
¿Cómo identifica miedo, tristeza o angustia?	
¿Cómo expresa sus emociones cuando está molesto?	
Estrategias utilizadas en el hogar para acompañar y regular sus emociones	

MÓDULO VII. RUTINAS DIARIAS EN EL HOGAR

Hora habitual de sueño		**Hora de despertar**	
¿Duerme siesta?		**Horario y duración**	
¿Presenta dificultades durante la alimentación? Describa rechazo, demora, distracción, vómito, tos o atoramiento	SI ___ NO____	**Describa**	
Número de comidas al día		**¿Desayuna antes de asistir?**	
¿Tiene horarios estables de comida?		**¿Se lava las manos antes de comer y después de ir al baño?**	**SI ___ NO ___**
Participación en actividades de higiene: cepillado, baño, cambio de ropa	**Describa:**		
Actividades que disfruta realizar en casa			
Tiempo diario de juego		**¿Juega solo o acompañado?**	
Juguetes o actividades favoritas			
¿Utiliza televisión, celular, tableta o videojuegos?		**Tiempo diario aproximado**	
Tipo de contenido que suele ver			
¿Realiza actividades al aire libre o ejercicio?	**SI __ NO __ ¿Cuáles?**	**Tipo de actividad física**	
¿Quién lo acompaña en la mañana?		**¿Quién lo recoge al terminar la jornada?**	
Rutina habitual después de la jornada en el jardín			

MÓDULO VIII. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

Característica	Siempre	A veces	Nunca
Se muestra inseguro o evita interactuar con otros niños.			
Llora ante separación, frustración o cambios de rutina.			
Se interesa por lo que sienten los demás.			
Se aleja de un lugar de manera reiterada.			
Golpea, empuja, muerde o lanza objetos.			
Manipula o rompe materiales intencionalmente y de forma repetitiva.			

Busca constantemente a su cuidador o presenta dificultad para separarse.			
Inicia o mantiene interacciones positivas con otros niños y niñas.			
Comparte materiales y juguetes cuando la situación lo requiere.			
Expresa afecto hacia padres o cuidadores.			
Participa en juegos respetando normas básicas.			
Expresa lo que le gusta y lo que no le gusta.			

MÓDULO IX. CONCLUSIONES, ACUERDOS Y SEGUIMIENTO

Principales fortalezas identificadas en el niño, la niña y su familia			
Necesidades o aspectos que requieren fortalecimiento			
Alerta en salud		**Alerta en nutrición**	
Alerta en desarrollo		**Alerta psicosocial**	
Alerta de protección		**Nivel de prioridad**	
Descripción de la alerta o situación identificada			

Acción o acompañamiento requerido	**Responsable**	**Fecha**	**Estado**

Acuerdos establecidos con la familia

RESPONSABLES DEL DILIGENCIAMIENTO

Nombre de quien diligencia por parte del centro infantil		**Cargo**	
Fecha de diligenciamiento		**Firma**	
Nombre de quien suministra la información		**Parentesco**	
Fecha		**Firma**	
