REPÚBLICA DE PANAMÁ
GOBIERNO NACIONAL

SECRETARÍA NACIONAL DE
NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA

EXPEDIENTE ÚNICO DEL NIÑO, LA NIÑA O ADOLESCENTE EN ALBERGUE

Espacio para fotografía del NNA

NÚMERO DE EXPEDIENTE: .....

APELLIDO(S), NOMBRE(S):.....

TIPO Y NO. DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:.....

SECCIÓN I

DEL EXPEDIENTE ÚNICO DEL NIÑO, LA NIÑA O ADOLESCENTE DIAGNÓSTICO INTEGRAL INICIAL

GUIA DE CONTENIDOS:

Parte I: Información general 3

I.I. Datos generales del NNA 3

I.II. Datos generales del ingreso del NNA al albergue 5

I.III. Datos generales de la familia de origen 9

I.IV Datos generales de la familia extensa 11

Parte II. Información sobre la salud del NNA 12

II.I. Enfermedades crónicas 12

II.II. Discapacidad 13

II. III. Estado nutricional 14

II.IV. Salud mental 14

Parte III: Información Psicológica 15

Parte IV: Información Pedagógica-Educativa 17

Parte V: Información Jurídica-Administrativa 18

V.I. Datos sobre la medida de protección emitida 18

V.II. Procedimientos judiciales 19

V.III. Egreso proyectado 19

PARTE I: INFORMACIÓN GENERAL

I.I. DATOS GENERALES DEL NNA

PRIMER NOMBRE : .....

SEGUNDO NOMBRE : .....

PRIMER APELLIDO: .....

SEGUNDO APELLIDO: .....

NOMBRE asignado por la autoridad que recibe y deriva al NNA, en caso de no contar con documento de identidad:

.....

TIPO DE DOCUMENTO (marque la que corresponde):

- ❑ Certificado de Nacimiento
- ❑ Cédula juvenil
- ❑ Cédula de ciudadanía
- ❑ Pasaporte
- ❑ Sin documento de identidad

NÚMERO DE DOCUMENTO: .....

FECHA DE NACIMIENTO- DD/MM/AA: ..... / ..... / .....

LUGAR DE NACIMIENTO: .....

EDAD : .....

SEXO: (marque la que corresponde): ❑ Masculino ❑ Femenino

NACIONALIDAD: .....

LUGAR DE ORIGEN (centro de vida antes de ser decretada la medida de protección):

.....

PAÍS:.....

PROVINCIA DE ORIGEN:.....

DISTRITO DE ORIGEN:.....

CORREGIMIENTO:.....

BARRIO: .....

El NNA PERTENECE A UN GRUPO ORIGINARIO (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

GRUPO ORIGINARIO (marque la que corresponde):

❑ Guna

❑ Ngóbe

❑ Buglé

❑ Teribe

❑ Bokota

❑ Emberá

❑ Wounan

❑ Bri Bri

❑ Naso Teribe

I.II. DATOS GENERALES SOBRE EL INGRESO DEL NNA AL ALBERGUE

NOMBRE DEL ALBERGUE: .....

DIRECCIÓN DEL ALBERGUE: .....

FECHA DE INGRESO- DD/MM/AA: ..... / ..... / .....

INFORMACIÓN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL ORGANISIMO ENCARGADO
DEL PROCESO DE PROTECCIÓN

JURÍDICO:

NOMBRE COMPLETO:.....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

TELÉFONO: .....

PSICOLOGÍA:

NOMBRE COMPLETO:.....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

TELÉFONO: .....

TRABAJO SOCIAL:

NOMBRE COMPLETO:.....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

TELÉFONO: .....

INFORMACIÓN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL ALBERGUE

JURÍDICO:

NOMBRE COMPLETO:.....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

TELÉFONO: .....

PSICOLOGÍA:

NOMBRE COMPLETO:.....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

TELÉFONO: .....

TRABAJO SOCIAL:

NOMBRE COMPLETO:.....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

TELÉFONO: .....

VÍA DE INGRESO (marque la que corresponde):

Medida administrativa tomada por (marque la opción que corresponda):

❑ SENNIAF Sede ❑ SENNIAF Regional Colón ❑ SENNIAF Regional Darién

❑ SENNIAF Regional San Miguelito ❑ SENNIAF Regional Veraguas/ Coclé

❑ SENNIAF Regional Herrera/ Los Santos ❑ SENNIAF Regional Chiriquí

❑ SENNIAF Regional Bocas del Toro ❑ SENNIAF Regional Panamá Oeste

Medida judicial

¿Por cuál Juzgado de Niñez y Adolescencia?: (completar)

.....

¿Ha puesto el Juzgado el caso a órdenes de SENNIAF?: ❑ SI ❑ NO

Número de auto: .....

Fecha:DD/MM/AA: ..... / ..... / .....

Medida tomada por el Ministerio Público:

Ministerio Público comunicó a la autoridad administrativa: ❑ SI ❑ NO

Ingreso voluntario por petición familiar: .....

Otro especificar: .....

NÚMERO DE AUTO O RESOLUCIÓN DE INGRESO DEL NNA AL ALBERGUE: .....

Fecha:DD/MM/AA: ..... / ..... / .....

SE ADJUNTA INFORME POR PARTE DE LA AUTORIDAD QUE EMITIÓ LA MEDIDA
(marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

Tipo de informe (marcar la opción que corresponda): ❑ Legal ❑ Psicosocial

❑ Otro especificar: .....

IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS QUE DIERON ORIGEN AL INGRESO DEL NNA AL ALBERGUE, RELACIONADAS CON TIPOS DE MALOS TRATOS (marque la/las opciones que corresponde):

❑ Maltrato físico ❑ Maltrato emocional ❑ Abuso sexual

❑ Síndrome de Munchausen ❑ Negligencia ❑ Abandono

❑ Negligencia relacionada con el consumo de droga/alcohol de los cuidadores

IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS QUE DIERON ORIGEN AL INGRESO DEL NNA AL ALBERGUE, RELACIONADAS CON CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD (marque la/las opciones que corresponden):

Nota: si bien algunas de las causas incluidas no son admisibles para un sistema de garantía de derechos, se las debe consignar en los casos de NNA que hace tiempo están en los albergues. Para los casos nuevos NO deben aplicarse como causas, deben erradicarse progresivamente.

❑ Pobreza o pobreza extrema ❑ Dificultades en el acceso a servicios básicos

❑ Riesgo social/evasión del hogar ❑ Problema de conducta ❑ Situación de calle

❑ Migrante no acompañado ❑ Discapacidad del padre, o la madre, o responsable.

❑ Discapacidad del NNA ❑ Problemas de conducta relacionados con la salud mental del NNA

❑ Privación de libertad del padre, de la madre, o responsable ❑ Embarazo o maternidad en la adolescencia

❑ Otra Especificar:.....

OBSERVACIONES ADICIONALES SOBRE LAS CAUSAS QUE DIERON ORIGEN AL INGRESO:

OBSERVACIONES ADICIONALES SOBRE EL PROCESO DE INGRESO Y PERMANENCIA DEL NNA AL ALBERGUE:

ANTECEDENTE DE CUIDADO ALTERNATIVO PREVIO AL INGRESO AL ALBERGUE (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

CANTIDAD DE DISPOSITIVOS O AMBITOS DE CUIDADO ALTERNATIVO EN LOS QUE HA ESTADO EL NNA :

.....

DISPOSITIVOS O AMBITOS DE CUIDADO ALTERNATIVO (marque la/las opciones que corresponde):

❑ Familia extensa ❑ Familia acogente ❑ Albergue

❑ Otro Especificar: .....

OBSERVACIONES ADICIONALES SOBRE LOS ANTECEDENTES DEL CUIDADO ALTERNATIVO:

RELATE TODO LO RELACIONADO CON EL ANTECEDENTE DEL CUIDADO EN ALGUNO/S DE LOS LUGARES SEÑALADO ARRIBA: MOTIVO DE LA ANTERIOR SEPARACIÓN, SI SE REALIZÓ UN “TRASLADO”, CUAL HA SIDO LA RAZÓN, SI HUBO CONFLICTOS O CRISIS DURANTE LA ESTADÍA, ETC.

I.III. DATOS GENERALES DE LA FAMILIA DE ORIGEN

SE CUENTA CON INFORMACIÓN DE FAMILIA DE ORIGEN (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

CONFORMACIÓN (marque la que corresponde):

❑ Familia biparental ❑ Familia monoparental ❑ Familia compuesta ❑ Familia extensa

❑ Otra Especificar: .....

DOMICILIO:.....

TELÉFONO DE CONTACTO: .....

INFORMACIÓN BÁSICA DEL GRUPO FAMILIAR DE ORIGEN:

	PARENTESCO	NOMBRE	APELLIDO	DOC. DE IDENTIDAD
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Continuación (respetar la numeración asignada a cada persona para garantizar la correlación de la información)

	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	OBSERVACIONES ADICIONALES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

IDENTIFICACIÓN DEL / DE LA CABEZA DE FAMILIA:.....

TIENE HERMANOS (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

CANTIDAD TOTAL DE HERMANOS: .....

CANTIDAD DE HERMANOS EN EL ALBERGUE: .....

CANTIDAD DE HERMANOS EN OTROS DISPOSITIVOS DE CUIDADO ALTERNATIVO: .....

CANTIDAD DE HERMANOS NO INTEGRADOS EN DISPOSITIVOS DE CUIDADO ALTERNATIVO: .....

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA DE ORIGEN
(puede consignarse situación habitacional, laboral, de salud, salud mental, educación, redes de apoyo, entre otra información relevante para el diagnóstico integral).

I.IV DATOS GENERALES DE LA FAMILIA EXTENSA

SE CUENTA CON INFORMACIÓN DE FAMILIA EXTENSA (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

	PARENTESCO	NOMBRE	APELLIDO	DOC. DE IDENTIDAD
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Continuación (respetar la numeración asignada a cada persona para garantizar la correlación de la información)

	FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN	OBSERVACIONES ADICIONALES
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

PARTE II. INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL NNA

CUENTA CON INFORME MEDICO DE SALUD (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

MÉDICO DE CABECERA: .....

CENTRO MÉDICO DONDE CONTROLA SU SALUD: .....

HISTORIA CLÍ NICA: .....

CONTROL DE VACUNAS: .....

CONTROL DE LABORATORIOS CLÍNICOS: .....

CONTROL DE RECETAS MÉDICAS: .....

GRUPO SANGUÍNEO: .....

ALERGIAS: .....

II.I. ENFERMEDADES CRÓNICAS

PRESENTA UNA ENFERMEDAD CRÓNICA (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

TIENE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

ESPECIFICAR EL DIAGNÓSTICO:

TIENE TRATAMIENTO (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

ESPECIFIQUE EL TRATAMIENTO:

CENTRO MÉDICO DONDE REALIZA EL TRATAMIENTO: .....

MÉDICO A CARGO: .....

OBSERVACIONES ADICIONALES:

II.II. DISCAPACIDAD

PRESENTA ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

TIPO DE DISCAPACIDAD (marque la que corresponde):

❑ Discapacidad física o motora ❑ Discapacidad sensorial (auditiva)

❑ Discapacidad sensorial (visual) ❑ Discapacidad intelectual

❑ Discapacidad psíquica ❑ Discapacidad visceral

❑ Discapacidad múltiple

TIENE DIAGNOSTICO (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

ESPECIFICAR DIAGNÓSTICO:

TIENE TRATAMIENTO PARA LA DISCAPACIDAD (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

ESPECIFICAR TRATAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD:

CENTRO MÉDICO DONDE REALIZA EL TRATAMIENTO: .....

MÉDICO A CARGO: .....

OBSERVACIONES ADICIONALES:

II. III. ESTADO NUTRICIONAL

CUENTA CON EVALUACION NUTRICIONAL (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

ESTADO NUTRICIONAL: .....

TIENE TRATAMIENTO PARA MEJORAR SU ESTADO NUTRICIONAL (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

REGISTRO DE CONTROLES DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL: .....

CENTRO MÉDICO DONDE REALIZA EL TRATAMIENTO: .....

MÉDICO A CARGO: .....

OBSERVACIONES ADICIONALES:

II.IV. SALUD MENTAL

PRESENTA ALGÚN PROBLEMA DE SALUD MENTAL (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

TIENE DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA DE SALUD MENTAL (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

ESPECIFICAR DIAGNÓSTICO:

TIENE TRATAMIENTO PARA EL PROBLEMA DE SALUD MENTAL (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

ESPECIFICAR TRATAMIENTO PARA EL PROBLEMA DE SALUD MENTAL:

CENTRO MÉDICO DONDE REALIZA EL TRATAMIENTO: .....

MÉDICO A CARGO: .....

OBSERVACIONES ADICIONALES:

PARTE III: INFORMACIÓN PSICOLÓGICA

CUENTA CON VALORACIÓN PSICOLÓGICA INICIAL (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

SINTESIS DE LA VALORACIÓN PSICOLÓGICA INICIAL (DIAGNÓSTICO):

TIENE ABORDAJE TERAPEUTICO SEGÚN DIAGNÓSTICO INICIAL (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

CENTRO TERAPÉUTICO AL QUE CONCURRE:

.....

PROFESIONAL/ES A CARGO EN EL ALBERGUE Y/O EN EL CENTRO DE SALUD:

.....

ESTUDIOS Y RESULTADOS:

REPORTES DE INTEGRACIÓN Y ADAPTACIÓN:

SOLICITUD DE ATENCIÓN AL SERVICIO DE SALUD MENTAL DE NNA EN CRISIS:

OBSERVACIONES ADICIONALES:

PARTE IV: INFORMACIÓN PEDAGÓGICA-EDUCATIVA

ESTÁ ESCOLARIZADO (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

CENTRO EDUCATIVO AL QUE CONCURRE:

.....

CURSO: .....

TURNO:.....

CONCURRE AL CURSO ESCOLAR ACORDE A SU EDAD (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

EL NNA HA SIDO INTEGRADO A UN NUEVO ESTABLECIMIENTO DEBIDO AL INGRESO AL ALBERGUE (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

CUENTA CON ÚLTIMO BOLETÍN E HISTORIAL (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

NECESIDAD DE REFORZAMIENTO ESCOLAR (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES (marque la que corresponde):

❑ SI (ESPECIFIQUE:.....

❑ NO

ADJUNTA INFORME PSICOPEDAGÓGICO INICIAL (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

SINTESIS DE LA VALORACIÓN PSICOPEDAGÓGICO INICIAL (DIAGNÓSTICO):

ABORDAJE PSICOPEDAGÓGICO SEGÚN DIAGNÓSTICO INICIAL: ❑ SI ❑ NO

PROFESIONAL A CARGO: .....

OBSERVACIONES ADICIONALES:

PARTE V: INFORMACIÓN JURÍDICA-ADMINISTRATIVA

V.I. DATOS SOBRE LA MEDIDA DE PROTECCIÓN EMITIDA

VÍA DE INGRESO (marque la que corresponde):

❑ Medida administrativa ❑ Medida judicial ❑ Ingreso voluntario por petición familiar

❑ Otra Especificar: .....

DURACIÓN INICIAL DE LA MEDIDA DE PROTECCIÓN:.....

PRÓRROGAS DE LA MEDIDA EMITIDA (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

FORMALIZACIÓN DE LAS PRÓRROGAS EMITIDAS (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

ORGANISMO QUE EMITIÓ LA O LAS PRÓRROGAS DE LA MEDIDA:

.....

CAUSAS QUE AMERITARON LA PRÓRROGA DE LA MEDIDA:

OBSERVACIONES ADICIONALES:

V.II. PROCEDIMIENTOS JUDICIALES

SE ENCUENTRA EN UN PROCESO DE JUICIO DE PÉRDIDA DE PATRIA POTESTAD (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

FECHA DE PRESENTACION DEMANDA DE PÉRDIDA DE PATRIA POTESTAD: ..... / ..... / .....

FECHA DE SENTENCIA DE PÉRDIDA DE PATRIA POTESTAD:. ..... / ..... / .....

CUÁL ES LA ETAPA:.....

JUZGADO A CARGO: .....

SE ENCUENTRA EN UN PROCESO DE ADOPCIÓN (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

CUÁL ES LA ETAPA: .....

JUZGADO A CARGO: .....

V.III. EGRESO PROYECTADO

Nota: la siguiente sección, aplica a los NNA que están ingresados al Albergue hace tiempo, sobre los cuales se vienen realizando acciones. NO aplica a los casos nuevos, los de primer ingreso. En estos casos nuevos, pasar directamente a la sección siguiente, "Plan de trabajo para la DI".En los casos en los que los NNA ya están en el Albergue hace tiempo y se les está construyendo el Expediente, también reconstruir o construir el "Plan de trabajo para la DI". Completar esta sección, y las que siguen.

ORGANISMO RESPONSABLE PRIMARIO DE FINALIZAR LA MEDIDA DE PROTECCIÓN:

.....

INFORMACIÓN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL ORGANISIMO ENCARGADO DEL PROCESO DE PROTECCIÓN

JURÍDICO:

NOMBRE COMPLETO:.....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

TELÉFONO: .....

PSICOLOGÍA:

NOMBRE COMPLETO:.....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

TELÉFONO: .....

TRABAJO SOCIAL:

NOMBRE COMPLETO:.....

CORREO ELECTRÓNICO: .....

TELÉFONO: .....

ESTÁ PROYECTADA LA VÍA DE EGRESO DEL ALBERGUE (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

SE ADJUNTA CONSTANCIA DE ABANDONO EMITIDA (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

CUAL ES LA VÍA DE EGRESO PROYECTADA (marque la que corresponde):

❑ Reintegración con familia de origen ❑ Integración con familia extensa o referente afectivo

❑ Acogimiento familiar ❑ Adopción ❑ Mayoría de edad

❑ Otra especificar: .....

OBSERVACIONES ADICIONALES:

SE HAN IDENTIFICADO PLAZOS (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

EXISTE UN PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EL EGRESO EN CURSO
(marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

EXISTEN INFORMES DE SEGUIMIENTO DEL PLAN EN CURSO
(marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

SE ADJUNTA AUTORIZACIÓN / ORDEN DE EGRESO (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

NO DE OFICIO DE LA AUTORIZACIÓN /ORDEN DE EGRESO:.....

SERVICIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS INVOLUCRADOS EN EL PROCESO DE EGRESO:

OBSERVACIONES SOBRE LA COMUNICACIÓN Y ARTICULACIÓN DEL EQUIPO TÉCNICO DEL ALBERGUE CON EL ORGANISMO RESPONSABLE DE LA FINALIZACIÓN DE LA MEDIDA:

SECCIÓN II

DEL EXPEDIENTE ÚNICO DEL NIÑO, LA NIÑA O ADOLESCENTE

Plan de trabajo para la desinstitucionalización: diseño inicial, seguimiento, egreso y cierre del caso.

GUIA DE CONTENIDOS:

Parte I: diseño inicial del plan de trabajo 23

Parte II: identificación de condiciones particulares del NNA para la prevención y el abordaje de conflictos y crisis 26

Parte III: implementación del plan de trabajo 28

Parte IV: seguimiento del egreso 31

Parte V: cierre del caso 32

PARTE I: DISEÑO INICIAL DEL PLAN DE TRABAJO.

DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS Y ACCIONES DEL PLAN SEGÚN EL INTERÉS SUPERIOR DEL NNA.

Nota preliminar:
En caso en que el NNA tenga hermanos: señalar donde corresponda si su plan de trabajo se realiza con el del conjunto de hermanos. Por ejemplo, consignar si serán integrados a la misma familia. Del mismo modo, si es una niña o adolescente embarazada o con su niño ya nacido, consignar si se hará la integración de ambos al mismo grupo familiar.

Profesionales que elaboraron el diseño inicial del Plan de trabajo (completar, nombres y profesiones):

.....

.....

.....

.....

Organismo encargado del diseño e implementación del plan (completar):.

.....

.....

.....

.....

Fecha (completar): ..... / ..... / .....

A.Determinación del ámbito familiar al que se integrará el niño.

1) Familia de origen:

Grado de limitación para el ejercicio del cuidado apropiado (marcar lo que corresponda)

❑ ALTO ❑ MEDIANO ❑ BAJO

2) Familia extensa y vínculos significativos.

En el caso de ser de alta limitación, ¿hay familia extensa o vínculos significativos identificados con los que proyectar la integración a corto o mediano plazo?: ❑ SI ❑ NO

¿Quiénes están identificados? (completar):

.....

.....

.....

.....

3) Familia adoptiva.

En el caso de no haber familia extensa o vínculos significativos: ¿es procedente comenzar con un proceso de definición de la adoptabilidad?: ❑ SI ❑ NO

Por qué (completar):

.....

.....

.....

.....

4) Familia de acogida.

En el caso de no haber familia extensa o vínculos significativos y se debiera prolongar el cuidado alternativo: ¿es una opción integrar al NNA a familia de acogida?: ❑ SI ❑ NO

Por qué (completar):

.....

.....

.....

.....

5) Cuidado residencial a largo plazo: constitución de vínculos significativos fuera de la residencia.

En caso en que no se identifiquen a mediano y largo plazo ninguna de las 3 opciones de integración familiares mencionadas arriba, ¿se identifican opciones de vínculos afectivos significativos a construir o fortalecer?: ❑ SI ❑ NO

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN (completar):

B. Fortalecimiento del ámbito familiar con el que se integrará al NNA.

•Familia de origen:

Acciones de fortalecimiento:

.....

.....

.....

.....

Servicios y Programas existentes en SENNIAF a los que se la derivará: (completar):

.....

.....

.....

.....

Servicios y Programas existentes en otras instituciones públicas o privadas a los que se la derivará: (completar).

.....

.....

.....

.....

• Familia extensa o vínculos significativos:

Acciones de fortalecimiento:

.....

.....

.....

.....

Servicios y Programas existentes en SENNIAF a los que se la derivará: (completar):

.....

.....

.....

.....

Servicios y Programas existentes en otras instituciones públicas o privadas a los que se la derivará: (completar).

.....

.....

.....

.....

• Adopción:

Definición del perfil requerido de familia: (completar):

.....

.....

.....

.....

• Familia de acogida:

Definición del perfil requerido de familia: (completar):

.....

.....

.....

.....

• Construcción de vínculos significativos fuera de la residencia.

Definición del perfil requerido de familia y secuencia para la definición del posible encuadre de padrinazgo: (completar):

.....

.....

.....

.....

C. Tiempo previsto para la adquisición de las aptitudes de cuidado requeridas y la integración familiar o constitución de vínculos significativos. (marcar la que corresponda)

❑ 0 a 3 meses ❑ 3 a 6 meses ❑ 6 a 12 meses ❑ Más de 12 meses

D. Preparación del NNA.

Servicios de salud a los que se integrará al NNA (completar):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Servicios educativos a los que se integrará al NNA (completar):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Servicios de atención social/ cultural/ deportiva a los que se integrará al NNA (completar) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Presentación al registro civil para obtener documentación (completar):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

E. Vinculaciones del NNA.

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE ORIGEN AUTORIZADOS A REALIZAR LA INTERRELACIÓN CON EL NNA

	NOMBRE	APELLIDO	PARENTESCO	TIPO DE INTERRELACION (LLAMADA, VIDEO LLAMADA O VISITA)	PROFESIONAL RESPONSABLE DE MONITOREAR LA INTERRELACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Continuación (respetar la numeración asignada a cada persona para garantizar la correlación de la información)

	OBSERVACIONES SOBRE LA INTERRELACION	TIENE AUTORIZACIÓN PARA LA INTERRELACIÓN (SI / NO)	ORGANISIMO QUE EMITIÓ LA AUTORIZACIÓN	NÚMERO DE AUTO O RESOLUCIÓN	FECHA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE ORIGEN RESTRINGIDO A REALIZAR LA INTERRELACIÓN CON EL NNA

	NOMBRE	APELLIDO	PARENTESCO	MOTIVO DE LA RESTRICCIÓN	TIENE RESTRICCIÓN PARA LA INTERRELACIÓN (SI / NO)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Continuación (respetar la numeración asignada a cada persona para garantizar la correlación de la información)

	ORGANISIMO QUE EMITIÓ LA AUTORIZACIÓN	NÚMERO DE AUTO O RESOLUCIÓN	FECHA	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

OBSERVACIONES SOBRE LA INTERRELACIÓN DEL NNA CON SU FAMILIA DE ORIGEN, VISITAS AL NNA EN EL ALBERGUE:

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA EXTENSA AUTORIZADOS A REALIZAR LA INTERRELACION

	NOMBRE	APELLIDO	PARENTESCO	TIPO DE INTERRELACION (LLAMADA, VIDEO LLAMADA O VISITA)	PROFESIONAL RESPONSABLE DE MONITOREAR LA INTERRELACIÓN
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Continuación (respetar la numeración asignada a cada persona para garantizar la correlación de la información)

	OBSERVACIONES SOBRE LA INTERRELACION	TIENE AUTORIZACIÓN PARA LA INTERRELACIÓN (SI / NO)	ORGANISIMO QUE EMITIÓ LA AUTORIZACIÓN	NÚMERO DE AUTO O RESOLUCIÓN	FECHA
1					
2					
3					
4					
5					
6					

OBSERVACIONES SOBRE LA VINCULACIÓN DEL NNA CON SU FAMILIA EXTENSA O REFERENTES AFECTIVOS NO CONSANGUINEOS, VISITAS AL NNA EN EL ALBERGUE:

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA EXTENSA RESTRINGIDOS A REALIZAR LA INTERRELACIÓN

	NOMBRE	APELLIDO	PARENTESCO	MOTIVO DE LA RESTRICCIÓN	TIENE RESTRICCIÓN PARA LA INTERRELACIÓN (SI / NO)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Continuación (respetar la numeración asignada a cada persona para garantizar la correlación de la información)

	ORGANISIMO QUE EMITIÓ LA AUTORIZACIÓN	NÚMERO DE AUTO O RESOLUCIÓN	FECHA	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

INTERRELACIÓN CON PERSONAS QUE NO FORMAN PARTE DE LA FAMILIA DE ORÍGEN O LA FAMILIA EXTENSA DEL NNA

INFORMACIÓN SOBRE LAS PERSONAS AUTORIZADAS A REALIZAR VISITAS

	NOMBRE	APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	REALIZA VISITAS AL NNA EN EL ABERGUE SI - NO	PROFESIONAL RESPONSABLE DE MONITOREAR LAS VISITAS
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Continuación (respetar la numeración asignada a cada persona para garantizar la correlación de la información)

	TIENE AUTORIZACIÓN PARA LA INTERRELACIÓN (SI / NO)	ORGANISIMO QUE EMITIÓ LA AUTORIZACIÓN	NÚMERO DE AUTO O RESOLUCIÓN	FECHA	OBSERVACIONES SOBRE LAS VISITAS
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

MANTIENE OTRO TIPO DE COMUNICACIÓN (marque la que corresponde): ❑ SI ❑ NO

CUAL: .....

INFORMACIÓN SOBRE LAS PERSONAS RESTRINGIDAS A REALIZAR VISITAS

	NOMBRE	APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	MOTIVO DE LA RESTRICCIÓN	TIENE RESTRICCIÓN PARA LA INTERRELACIÓN (SI / NO)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Continuación (respetar la numeración asignada a cada persona para garantizar la correlación de la información)

	ORGANISIMO QUE EMITIÓ LA RESTRICCIÓN	NÚMERO DE AUTO O RESOLUCIÓN	FECHA	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Con quienes, de la familia de origen, extensa, o vínculos significativos se encontrará periódicamente (completar):

.....

.....

.....

.....

El equipo de SENNIAF recomienda la interrupción temporaria de las vinculaciones: ❑ SI ❑ NO

DE QUIEN/ES (completar) :

.....

.....

.....

.....

POR QUÉ (completar):

.....

.....

.....

.....

Donde podrán realizarse los encuentros y/o salidas (completar):

.....

.....

.....

.....

Con qué periodicidad (completar):

.....

.....

.....

.....

PARTE II: IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES PARTICULARES DEL NNA PARA LA PREVENCIÓN Y EL ABORDAJE DE CONFLICTOS Y CRISIS.

Para la identificación de posibles indicios que permitan anticipar el estallido de conflictos o crisis, es indispensable basarse en la información del expediente, y al menos en una entrevista inicial al NNA. Según lo que se ha registrado completar el siguiente listado:

• El NNA hace más de seis meses que está en el Hogar y presenta indicios de estar afectado por su institucionalización: ❑ SI ❑ NO

CUALES (completar):

.....

.....

.....

.....

• El NNA ha manifestado temores a salir de la institución en la que se encuentra alojado en relación a cuestiones propias a la institución y su personal: ❑ SI ❑ NO

CUALES (completar):

.....

.....

.....

.....

• El NNA ha manifestado temores a regresar con su familia de origen: ❑ SI ❑ NO

CUALES (completar):

.....

.....

.....

.....

• En caso en que el NNA tenga hermanos dentro de la institución o en otras instituciones:

Están todos informados y de acuerdo con el Plan: ❑ SI ❑ NO

DETALLE DE LA SITUACIÓN (completar):

1 .....

2 .....

3 .....

4 .....

• Se presentan desacuerdos de la familia de origen o extensa con el Plan ❑ SI ❑ NO

DETALLE DE LA SITUACIÓN (completar):

.....

.....

.....

.....

Antecedentes de crisis

El NNA ha experimentado alguna situación como las que a continuación se refieren:

• Conducta autodestructiva, suicida, impulsiva, angustia desbordante, conductas transgresivas o bizarras (disarmónicas), insomnio pertinaz ❑ SI ❑ NO

CUAL/ES (completar):

.....

.....

.....

.....

• Aprendizaje: Pérdida súbita de capacidad de lectoescritura, deserción escolar por síndrome de pánico, etc. ❑ SI ❑ NO

CUAL/ES (completar):

.....

.....

.....

.....

• Psicosomáticas: crisis respiratorias, erupciones dermatológicas graves intempestivas, alopecia, de carácter hemofílico, accidentes que podrían haber sido evitados, otras: ❑ SI ❑ NO

CUAL/ES (completar):

.....

.....

.....

.....

• Dinámica de relacionamiento y comportamiento: reacciona con “berrinches, rabietas”; ha tenido ausencias inesperadas de la residencia o sin autorización; ha presentado indicios de depresión; rebeldía o agresiones a los adultos: violencia hacia sus pares: ❑ SI ❑ NO

CUAL/ES (completar):

.....

.....

.....

.....

Está atravesando el NNA alguna de las siguientes situaciones:

• Duelo; embarazo; transición a la adolescencia: ❑ SI ❑ NO

CUAL/ES (completar):

.....

.....

.....

.....

En caso de presentarse alguno o algunos de los indicadores de esta sección, realizar acciones preventivas. Marque las que pudieran corresponder.

• Designar un cuidador con el que el NNA tuviera empatía para un apoyo más cercano: ❑ SI ❑ NO

COMENTARIO (completar):

.....

.....

.....

.....

• Realizar entrevistas semanales programadas con profesional del equipo del Hogar o que preste servicios para el Hogar: ❑ SI ❑ NO

COMENTARIO (completar):

.....

.....

.....

.....

• Otras acciones preventivas (completar):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PARTE III: IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO.

Con una periodicidad de al menos cada dos meses, se completará un Informe de implementación del plan de trabajo. Éste deberá adicionarse al expediente, junto con las copias de la documentación que sea relevante preservar y adjuntar (diagnósticos médicos, notificaciones escolares, documentación expedida por el registro civil, etc.).

INFORME DE IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO.

A.Determinación del ámbito familiar al que se integrará el NNA.

Se continúa trabajando con la misma familia identificada en el plan inicial: ❑ SI ❑ NO

Por qué (completar):

.....

.....

.....

.....

Se ha identificado una nueva familia que podría integrar al NNA: ❑ SI ❑ NO

Está en fase de localización o evaluación (completar):

.....

.....

.....

.....

Se ha avanzado en la definición de la adoptabilidad ❑ SI ❑ NO

Novedades (completar):

.....

.....

.....

.....

B. Fortalecimiento del ámbito familiar con el que se integrará al NNA.

Opción familia de origen: se están implementando las acciones previstas en el plan inicial: ❑ SI ❑ NO

Avances y/ o modificaciones al plan inicial (completar):

.....

.....

.....

.....

Opción familia extensa: se están implementando las acciones previstas en el plan inicial: ❑ SI ❑ NO

Avances y /o modificaciones al plan inicial (completar):

.....

.....

.....

.....

Opción adopción: se ha definido el perfil de familia requerida ❑ SI ❑ NO

Breve descripción de la situaciön (completar):

.....

.....

.....

.....

En caso en que se hubiera definido la adoptabilidad, fue requerida una familia al programa de adopción: ❑ SI ❑ NO

Breve descripción de la situación (completar):

.....

.....

.....

.....

En caso en que la familia adoptiva hubiese sido identificada.

Se está preparando al NNA para la vinculación: ❑ SI ❑ NO

De qué manera (completar):

.....

.....

.....

.....

Opción NNA institucionalizados de larga permanencia sin vínculo familiar cercano: avances en la identificación de sujetos o familias de padrinazgo: ❑ SI ❑ NO

Breve descripción de la situaciön (completar):

.....

.....

.....

.....

C. Tiempo previsto para la adquisición de las aptitudes de cuidado requeridas y la integración familiar o constitución de vínculos significativos.

Se mantiene la previsión de tiempo del Plan inicial: ❑ SI ❑ NO

Breve descripción de la situación (completar):

.....

.....

.....

.....

D. Preparación del NNA.

Servicios de salud a los que se ha integrado al NNA (completar):

.....

.....

.....

.....

Servicios educativos a los que se ha integrado al NNA (completar):

.....

.....

.....

.....

Servicios de atención social/ cultural/ deportiva a los que se ha integrado al NNA (completar):

.....

.....

.....

.....

Se ha realizado la presentación al registro civil para obtener documentación (completar):

.....

.....

.....

.....

E. Vinculaciones del NNA.

Se cumplen las vinculaciones planificadas: ❑ SI ❑ NO

Detalle resultados (completar):

.....

.....

.....

.....

F. Prevención de conflictos y crisis.

Se han presentado conflictos: ❑ SI ❑ NO

Cuales y como ha respondido el entorno del NNA (completar):

.....

.....

.....

.....

Se han presentado crisis: ❑ SI ❑ NO

Cuales y como ha respondido el entorno del NNA (completar):

.....

.....

.....

.....

PARTE IV: SEGUIMIENTO DEL EGRESO.

A. Preparación del egreso

Se informa al NNA de modo permanente sobre los avances del Plan de trabajo: ❑ SI ❑ NO

breve descripción de la situación (completar):

.....

.....

.....

.....

Reacciones y aportes del NNA para el cumplimiento de su plan de egreso (completar):

.....

.....

.....

.....

B. Fecha del egreso: (completar): ..... / ..... / .....

Descripción breve de las expectativas del NNA (completar):

.....

.....

.....

.....

Descripción breve de las expectativas de la familia (completar):

.....

.....

.....

.....

Descripción breve de las expectativas del equipo (completar):

.....

.....

.....

.....

C.Informe de seguimiento del egreso.

Se deben realizar informes al menos bimensuales, durante 6 meses. En cada uno de los informes deberá resumirse:

Cumplimiento de las expectativas del NNA (completar):

.....

.....

.....

.....

Cumplimiento de las expectativas de la familia (completar):

.....

.....

.....

.....

Cumplimiento de las expectativas del equipo (completar):

.....

.....

.....

.....

Progresos no previstos identificados (completar):

.....

.....

.....

.....

Amenazas no previstas identificadas (completar):

.....

.....

.....

.....

Recomendaciones realizadas y nuevos recursos provistos a la familia para consolidar el egreso (completar):

.....

.....

.....

.....

	NUMERO DE INFORME DE SEGUIMIENTO	FECHA	RESPONSABLES DEL INFORME	OBSERVACIONES
1				
2				
3				
4				
5				
6				

PARTE V: CIERRE DEL CASO.

Una vez finalizados los 6 meses posteriores al egreso, se realizará un INFORME DE CIERRE DEL CASO.

En el mismo se consignarán los elementos relevantes que posibilitan la salida del NNA del dispositivo de protección relacionado con la medida de protección especializada.

El expediente deberá ser resguardado.