

**DATOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES PARA SU INTEGRACIÓN A
UNA FAMILIA AMIGA**

Hogar de Residencia - CAFF: _____

Tel: _____

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento/Edad: _____

Motivo de ingreso a INAU: _____

Situación Judicial: _____ Fecha de ingreso al CAFF: _____

Centros donde residió: _____

Proyección del acogimiento: ¿corto, mediano o largo plazo? _____

1. SALUD

Cobertura de salud - Centro en el que se asiste:

- ¿Problemas de salud? Si ____ No ____
- ¿Toma alguna medicación? Si ____ No ____
- ¿Tuvo operaciones? Si ____ No ____
- ¿Internaciones? Si ____ No ____
- ¿Problemas respiratorios? Si ____ No ____

- ¿Alergias? Si ____ No ____
- ¿Problemas en la piel? Si ____ No ____
- ¿Recibe tratamientos? Si ____ No ____

En caso de marcar si, explicita sus respuestas

¿Qué tipo de tratamiento recibe o necesitaría? ¿ha sido evaluado/a por estos especialistas u otros? Marque lo que corresponda

Psicólogo Recibe ____ Necesitaría ____ Ha sido evaluado/a ____

Psiquiatra Recibe ____ Necesitaría ____ Ha sido evaluado/a ____

Fonoaudiólogo Recibe ____ Necesitaría ____ Ha sido evaluado/a ____

Psicomotricista Recibe ____ Necesitaría ____ Ha sido evaluado/a ____

Oftalmólogo Recibe ____ Necesitaría ____ Ha sido evaluado/a ____

Odontólogo Recibe ____ Necesitaría ____ Ha sido evaluado/a ____

Otros Recibe ____ Necesitaría ____ Ha sido evaluado/a ____

Especificar _____

2. EDUCACIÓN

Centro educativo: _____

Nivel educativo: _____

Otras actividades recreativas o extracurriculares:

Sociabilidad en el Centro Escolar:

- ¿Se integra bien? Si _____ No _____
- ¿Es inhibido/a? Si _____ No _____
- ¿Necesitaría apoyo escolar? Si _____ No _____
- ¿Es impulsivo/a? Si _____ No _____
- ¿Recibe apoyo escolar? Si _____ No _____
- ¿Su nivel de aprendizaje se ajusta a su edad cronológica
Si _____ No _____
- Relacionamento con pares: Adecuada _____ No Adecuada _____
- Con adultos: Adecuada _____ No Adecuada _____

Observaciones: _____

3. CARACTERÍSTICAS DEL NNA

Alimentación

- ¿Tiene dificultades para alimentarse? Si _____ No _____
- ¿Come solo/a? Si _____ No _____

- ¿Toma mamadera? Si ____ No ____
- ¿Está acorde a su edad en cuanto a peso y talla?
Si ____ No ____
- ¿Cuál es su comida preferida? _____

Observaciones: _____

Sueño:

- ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño? Si ____ No ____
- ¿Tiene dificultades para mantener el sueño? Si ____ No ____
- ¿Tiene pesadillas? Si ____ No ____
- ¿Necesita el chupete para dormir? Si ____ No ____
- ¿Necesita la mamadera? Si ____ No ____

Observaciones: _____

- ¿Cuántas horas duerme por día? _____
- ¿A qué hora se acuesta y se levanta? _____
- ¿Duerme siesta? _____
- ¿Duerme con algún objeto o juguete? _____

Lenguaje oral y comunicacional:

- ¿Presenta alguna dificultad específica? Si ____ No ____
- ¿Se le entiende cuando habla? Si ____ No ____
- ¿Tiene un lenguaje rico en palabras? Si ____ No ____

- ¿Tiene dificultades para expresarse o comunicarse?

Si ____ No ____

Observaciones: _____

Gestualidad:

- ¿Es expresivo/a?

Si ____ No ____

- ¿Es coherente su discurso con su gestualidad?

Si ____ No ____

Autonomía:

- ¿Se baña solo/a?

Si ____ No ____

- ¿Come solo/a?

Si ____ No ____

- ¿Necesita ayuda para vestirse?

Si ____ No ____

- ¿Se muestra independiente respecto a su edad?

Si ____ No ____

- ¿Usa pañales?

Si ____ No ____

- ¿Tiene enuresis?

Si ____ No ____

- ¿Tiene encopresis?

Si ____ No ____

Observaciones: _____

Capacidad comprensiva:

- ¿Entiende lo que se le dice y actúa en consecuencias?

Si ____ No ____

- ¿Logra concentrarse y mantener la atención? Si ____ No ____

Emociones:

- ¿Se muestra triste frecuentemente? Si ____ No ____
- ¿Llora sin razón aparente? Si ____ No ____
- ¿Se muestra alegre con frecuencia? Si ____ No ____
- ¿Se ríe con frecuencia? Si ____ No ____
- ¿Tiene rabietas? Si ____ No ____
- ¿Se enoja con facilidad? Si ____ No ____
- ¿Tiene conductas oposicionistas más de lo esperado para su edad?
Si ____ No ____

Observaciones: _____

- ¿En qué momento se lo ve más contento/a?

- ¿Qué actividades recreativas disfruta más?

- ¿Cómo maneja las frustraciones?

Juegos:

- ¿Cuáles son sus juegos o juguetes preferidos?

Relacionamiento con pares y adultos en el hogar:

- ¿Se vincula adecuadamente con pares?
Si ____ No ____ En ocasiones ____
 - ¿Se vincula adecuadamente con adultos?
Si ____ No ____ En ocasiones ____
 - ¿Es tímido? Si ____ No ____ En ocasiones ____
 - ¿Es inhibido? Si ____ No ____ En ocasiones ____
 - ¿Es extrovertido? Si ____ No ____ En ocasiones ____
 - ¿Le gusta jugar solo? Si ____ No ____ En ocasiones ____
 - ¿Le gusta jugar con pares?
Si ____ No ____ En ocasiones ____
 - ¿Tiene amigos/as? Si ____ No ____
 - ¿Qué es lo que más lo/a entretiene?
-

4. FAMILIA DE ORIGEN

Composición Familiar: (Integrantes de su grupo familiar y edades)

Situación general de la familia: _____

¿Recibe visitas? _____

Otros referentes _____

¿La familia está al tanto de que pasaría a una Familia Amiga?

Llenado por:

Fecha:
