Fecha de diligenciamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Favor diligenciareste formulario 1 vez al mes a la familia. Tenga en cuenta que este formulario aplica para encuentros inferiores a 4 y debe incluir la información del resultado de todas las visitas que haya realizado hasta la fecha.

Esta información tiene como propósito hacer seguimiento al proceso que va viviendo con el niño, niña y adolescente, o joven y también a identificar las necesidades de apoyo que usted y él/ ellas requieren.

Cualquier inquietud con relación al formulario, favor comunicarse con el equipo psicosocial de la Institución o la ONG del Hogar Sustituto.

Nombre de la Familia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del niño(a), adolescente o joven \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Institución donde vive el niño(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Variable: Percepción del vínculo** |
| Por favor señale con una X la actitud o comportamiento que MAS PREVALECE en el niño, niña o adolescente durante su encuentro con él / ella:   1. Se muestra dispuesto y alegre al recibir la visita \_\_\_\_\_\_\_ 2. Siente confianza y expresa sus vivencias y deseos \_\_\_\_\_\_\_ 3. Recibe la visita pero se muestra distante y reservado \_\_\_\_\_\_\_ 4. Refleja ansiedad o temor de interactuar con el súper amigo \_\_\_\_\_\_\_   Señale aspectos positivos y/o dificultades que usted ha identificado en la interacción con el niño, niña o adolescente  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Variable: Acciones para consolidar vínculos afectivos.** |
| 1. Por favor numere de 1 a 6 según la prioridad de las siguientes actividades que haya utilizado para movilizar el vínculo con el niño, niña, adolescente o joven. (1 la actividad menos usada y 6 la más usada)  * Diálogo \_\_\_\_\_\_\_ * Compartir actividades interesantes para el niño, niña, adolescente o joven \_\_\_\_\_\_\_ * Enseñar nuevas cosas \_\_\_\_\_\_\_ * Expresión de afecto \_\_\_\_\_\_\_ * Apoyo académico \_\_\_\_\_\_\_ * Juego \_\_\_\_\_\_\_ * Otra \_\_\_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  1. ¿Ha pensado usted avanzar al siguiente nivel? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_ Por qué? |
| **Variable: Oportunidades de aprendizaje.** |
| Señale con una X el énfasis que usted desea dar a cada aspecto, para apoyar al niño, niña , adolescente o joven :   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Aspecto | Énfasis | | | Nombre 1 cosa que desearía trabajar con el niño, niña, adolescente o joven | | Alto | Medio | Bajo | | Afectivo (Establecimiento de relaciones con otros) |  |  |  |  | | Emocional (Expresión emocional) |  |  |  |  | | Social |  |  |  |  | | Académico |  |  |  |  | | Hábitos de aseo y auto cuidado |  |  |  |  | | Habilidades para la vida diaria |  |  |  |  | | Otros ¿Cuáles? |  |  |  |  | |
| **Variable: Necesidades y expectativas a futuro** |
| 1. Por favor marque con una X si considera un aspecto facilitador o limitante en la interacción con el niño, niña, adolescente o joven.  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Aspecto** | **Facilitador** | **Limitante** | **Comentarios** | | ICBF- Defensorías (atención, autorizaciones, orientación dada) |  |  |  | | Institución de protección  (apoyo y orientación en el proceso, comunicación, facilidad para generar encuentros con el niño) |  |  |  | | Niño (a), adolescente o joven (ciclo vital, empatía, comunicación, disponibilidad para los encuentros, etc.). |  |  |  | | Condiciones personales del Súper Amigos (disponibilidad de tiempo, expectativas, entre otros) |  |  |  | | Otros \_\_\_\_\_\_\_ Cual? | | | |  1. Por favor marque con X el tipo de apoyo que usted requiere en el ejercicio de su rol como súper amigo.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Apoyo a nivel de…** | **Marque X** | **Comentarios** | | Institución de protección |  |  | | Educativo |  |  | | Apoyo especializado (por ejemplo en salud, psicología, etc.) |  |  | | Defensoría de Familia (ICBF) |  |  | | Otro, cual? |  |  |  1. Comentarios adicionales. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |