1. **Datos del niño, niña o adolescente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombres y apellidos del niño, niña o adolescente: | | | | | Tipo identificación: | | | Número documento: | | | | Número SIM: | |
|  | | | | |  | | |  | | | |  | |
| Fecha de nacimiento: | Ciudad de nacimiento: | | | Departamento: | | | País: | | | | Nacionalidad: | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  | | |
| Edad: | Sexo: | | Pertenencia étnica: | | Fecha de apertura PARD: | | | | | Fecha de ingreso a la institución y modalidad: | | | |
|  |  | |  | |  | | | | |  | | | |
| Nombre autoridad administrativa: | | Persona de contacto: | | | | Parentesco: | | | Dirección: | | | | Teléfono/Celular: |
|  | |  | | | |  | | |  | | | |  |

1. **Datos del operador**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Regional: | Centro zonal: | | | | Ciudad/Municipio: | | | | Nombre autoridad administrativa: | |
|  |  | | | |  | | | |  | |
| Modalidad de atención: | | Población: | | | | | | | | No. Contrato: |
|  | |  | | | | | | | |  |
| Operador / Institución: | | | Sede: | | | Teléfono: | Dirección: | | | |
|  | | |  | | |  |  | | | |
| Responsable del programa: | | | | Correo electrónico: | | | | Fecha elaboración informe: | | |
|  | | | |  | | | |  | | |

1. **Motivo de ingreso** (referido por la Autoridad Administrativa)

|  |
| --- |
|  |

1. **Diagnóstico integral. (**Tener en cuenta las afectaciones que puedan tener los niños, niñas y adolescentes)

|  |
| --- |
|  |

1. **Atenciones a realizar** (Corresponden a las acciones que se van a realizar en conjunto con los niños, niñas, adolescentes y sus familias y/o red vincular de apoyo durante la permanencia en la modalidad)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÁREAS DE ATENCIÓN** | **INDIVIDUAL** | **FAMILIAR** | **INTERINSTITUCIONALES** |
| **Psicología** |  |  |  |
| **Trabajo Social** |  |  |  |
| **Nutrición y dietética** |  |  |  |
| **Profesional de área** |  |  |  |
| **Otros (**Identifique si el niño, niña o adolescente llega con alguna situación particular de Salud) |  |  |  |

1. **Observaciones**

|  |
| --- |
|  |

1. **Percepción de la calidad del servicio del niño, niña, adolescente, su familia y/o red vincular de apoyo**

|  |
| --- |
|  |

1. **Firmas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Persona** | **Nombre** | **Firma** |
| Coordinador de la modalidad |  |  |
| Profesional en Psicología |  |  |
| Profesional en Trabajo Social |  |  |
| Profesional en Nutrición |  |  |
| Profesional de área |  |  |
| Fecha de radicado a la Autoridad Administrativa |  | |