|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO SIM** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Información general** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Regional:** | | | | **Centro Zonal:** | | | | **Operador:** | | | | | | **Modalidad:** | | | | | | | |
| **Fecha de elaboración:** | **Nombres del niño, niña,**  **adolescente, joven.** | | | | **Tipo de documento**  **de identidad** | | | | **Número de documento**  **de identidad** | | | | | **Edad** | | **Escolaridad** | | | | | |
| dd/mm/aa |  | | | | Cual: | | | |  | | | | |  | |  | | | | | |
| Nombre de la Autoridad Administrativa: | | | | | | | | | | | | **Fecha de apertura al PARD**   |  | | --- | | **dd/mm/yyyy** | | | | | **Fecha de ingreso a la modalidad**   |  | | --- | | **dd/mm/yyyy** | | | | | | |
| **Motivo de ingreso:** (incluir información proporcionada por la Autoridad Administrativa en caso de contar con ella) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Concepto evaluación integradora:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Valoración del nivel de riesgo / complejidad para identificar la necesidad de seguimiento**  **Marque con una (X)**  Aunque esta valoración del nivel de riesgo se realiza de manera transdiciplinaria, el seguimiento lo podrá realizar el o los profesionales según corresponda en cada caso. Los demás lo realizaran mensual | | | | Requiere seguimiento mínimo cada dos (2) semanas.  Requiere seguimiento mínimo una (1) vez al mes.  Requiere seguimiento mínimo una (1) vez por semana. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Plan del caso** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **GP = Grado de prioridad de la atención**  Indica la prioridad con que se debe llevar a cabo la atención  **1** = No es urgente (durante el proceso).  **2** = Importante (antes del siguiente informe).  **3** = Urgente (24 a 48 horas). | | | | | | | **NAT = Nivel de atención:**  **(I) Individual** = Las atenciones que se orientan al niño, niña, adolescente, o joven.  **(F) Familiar / Red de apoyo** = Las atenciones que se orientan al grupo familiar o red vincular de apoyo.  **(S) = Sectores y otros servicios** Las atenciones que se orientan a la gestión con otros sectores y servicios. | | | | | | | | | | | | | |
| **Situación por abordar** | | **GP** | | **NAT** | | **Resultado esperado** | | | | **Atención necesaria** | | | **Responsable** | | | | **Fecha límite para el desarrollo de la atención** | | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | | | Dd/mm/yyyy | | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | | | Dd/mm/yyyy | | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | | | Dd/mm/yyyy | | | |
| **Situación por abordar** | | **GP** | | **NAT** | | **Resultado esperado** | | | | **Atención necesaria** | | | **Responsable** | | | | **Fecha límite para el desarrollo de la atención** | | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | | | Dd/mm/yyyy | | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | | | Dd/mm/yyyy | | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | | | Dd/mm/yyyy | | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | | | Dd/mm/yyyy | | | |
| **Situación por abordar** | | **GP** | | **NAT** | | **Resultado esperado** | | | | **Atención necesaria** | | | **Responsable** | | | | **Fecha límite para el desarrollo de la atención** | | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | | | Dd/mm/yyyy | | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | | | Dd/mm/yyyy | | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | | | Dd/mm/yyyy | | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | | | Dd/mm/yyyy | | | |
| 1. **Observaciones (incluir la percepción del niño, niña, adolescente o joven y su familia o red de apoyo respecto de su plan de caso)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Participantes** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Rol en el caso** | | | **Nombres y apellidos** | | | | | | | | **Profesión o rol** | | | | **Firma** | | | | |
| Socializado con el niño, niña, adolescente o joven: | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
| Socializado con padre/madre/familia biológica o red vincular. Indique el rol: | | |  | | | | | | | |  | | | | Dd/mm/yyyy | | |  | |
| Profesional del equipo técnico de la modalidad / profesional del equipo técnico de la Defensoría o comisaría de Familia: | | |  | | | | | | | |  | | | | Dd/mm/yyyy | | |  | |
| Profesional del equipo técnico de la modalidad / profesional del equipo técnico de la Defensoría o Comisaría de Familia: | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
| Profesional del equipo técnico de la modalidad / profesional del equipo técnico de la Defensoría o Comisaría de Familia: | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
| Profesional del equipo técnico de la modalidad / profesional del equipo técnico de la Defensoría o Comisaría de Familia: | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |
| Profesional del equipo técnico de la modalidad / profesional del equipo técnico de la Defensoría o Comisaría de Familia: | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de enviado por parte del operador a la Autoridad Administrativa** | Dd/mm/yyyy |