1. **Datos de Identificación de la Niña, Niño o Adolescente**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombres y apellidos**  | **Número identificación:** | **Número CUÉNTAME** |
|  |  |  |
| ***Fecha de Nacimiento*** | ***DD/MM/AAAA*** | ***Edad*** |  |
| ***Fecha de Elaboración*** | ***DD/MM/AAAA*** | ***Fecha de Seguimiento*** | ***DD/MM/AAAA*** |
| ***Diagnóstico*** |  |
| **Categoría de Discapacidad** |  |
| **Expectativas del NNA** |  |
| **Expectativas de la Familia** |  |

1. **Plan de Atención Individual**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDADES BÁSICAS****DE LA** **VIDA COTIDIANA** | **COMPONENTES** | **OBJETIVO** | **ACTIVIDADES** | **APOYO REQUERIDO PARA EL DESARROLLO DE ESTA ACTIVIDAD** | **Frecuencia/intensidad del Apoyo** | **METODOLOGÍA** | **TIEMPO** |
| **Movilidad-desplazamiento** |  |  |  |  |  |  |
| **Comunicación** |  |  |  |  |  |  |
| **Alimentación** |  |  |  |  |  |  |
| **Higiene personal** |  |  |  |  |  |  |
| **Control de esfínteres** |  |  |  |  |  |  |
| **ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA** | **Uso de tecnología (Teléfono-Computador)** |  |  |  |  |  |  |
| **Elaboración- Preparación de Alimentos** |  |  |  |  |  |  |
| **Tareas Básicas del Hogar** |  |  |  |  |  |  |
| **Movilidad (Uso de transporte Público)** |  |  |  |  |  |  |
| **Manejo de Medicinas** |  |  |  |  |  |  |
| **Manejo y uso del Dinero** |  |  |  |  |  |  |

1. **Observaciones**

|  |
| --- |
| **Referir información de relevancia que podría incidir en el cumplimiento de los objetivos o realización de este plan de atención** |

1. **Firmas**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Persona** | **Nombre** | **Firma** |
| Coordinador de la modalidad |  |  |
| Profesional en Psicología |  |  |
| Profesional en Trabajo Social |  |  |
| Profesional en Nutrición |  |  |
| Profesional de área |  |  |
| Familia/cuidador |  |
| Participante |  |