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. **Seguimiento al Plan de Atención Individual**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDADES BÁSICAS**  **DE LA**  **VIDA COTIDIANA** | **COMPONENTES** | **OBJETIVO** | **AVANCES APOYO REQUERIDO PARA EL DESARROLLO FRECUENCIA/INTENSIDAD DEL APOYO DE ESTA ACTIVIDAD, METODOLOGÍA TIEMPO** |
| **MOVILIDAD-DESPLAZAMIENTO** |  | **Mencione los avances o el cumplimiento de los objetivos propuesto en el plan de atención, de igual forma refiere actividades o situaciones en las que se podría evidenciar. Importante referir las posibles barreras, situaciones o factores que pudieron haber afectado el cumplimiento del objetivo. Mencione si se realizaron ajustes metodológicos (tiempo, actividades) o de carácter sustancial como el objetivo, o la información referida a los apoyos al plan de atención** |
| **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 |  | |