

	ASESORÍA PSICOLÓGICA	Código	OP-PI-FT-16
		Versión	03
		Fecha de versión	04/03/2019
		Página 1 de 3	

Fecha: _____ Hora: _____ Municipio/localidad: _____

DATOS GENERALES

Nombre completo del niño/a: _____

NUIP: _____ Fecha y lugar de Nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Agente educativa/o: _____

Dirección: _____ Barrio _____ Estrato _____

Nombre completo de la madre: _____

DI: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Vive con el niño/niña SI ___ NO ___ Teléfonos fijo _____ Celular _____

Nombre completo del padre: _____

DI _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Vive con el niño/niña SI ___ NO ___ Teléfonos fijo _____ Celular _____

Acudiente: _____ Relación o parentesco: _____

Vive con el niño/niña SI ___ NO ___ Teléfonos fijo _____ Celular _____

¿Con quién permanece el niño/a cuando no está en la institución? _____

Afiliación en Salud: SI ___ NO ___ Subsidiado _____ Contributivo _____

Motivo de consulta/ Remisión:

Iniciación, duración, problemas relacionados con el Motivo de Consulta:


I. INFORMACIÓN FAMILIAR:

DESCRIPCIÓN ÁREA FAMILIAR

(Tipo de familia, relaciones, pautas de crianza, situaciones críticas)

Consumo de: alcohol cigarrillo SPA Quien _____

Afro Indígena Víctima del Conflicto armado Año y lugar: _____

	ASESORÍA PSICOLÓGICA	Código	OP-PI-FT-16
		Versión	03
		Fecha de versión	04/03/2019
		Página 3 de 3	

III. CONTEXTO: Describa las actividades que realiza el niño/a cotidianamente (*Rutina*)

Lunes A Viernes _____

Fines De Semana _____

Situaciones, actividades y personas con las que se siente más tranquilo/a y/o feliz:

Situaciones, actividades y personas que le generan estrés, cómo reacciona:

IV. RECOMENDACIONES Y COMPROMISOS:

Firma de los Padres y/o Acudientes: _____ / _____

Psicólogo/a: _____ Agente Educativa/o: _____

V. PLAN DE FORTALECIMIENTO FAMILIAR

TEMA	OBJETIVOS	ESTRATEGIA A IMPLEMENTAR