**INFORME DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO ESPECIALIZADO**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Proyecto |  |
| Organismo Colaborador |  |
| Región |  |
| Nombre profesionales responsables |  |
| Nombre Integrantes del equipo al que fue presentado el PII |  |
| Fecha de Elaboración |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE** | | | | | | | | | | |
| Nombre y apellidos del NNA | |  | | | | | | | | |
| Nombre social | |  | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento |  | | Edad |  | | | Cédula de Identidad | | |  |
| Nacionalidad | |  | | | | | | | | |
| Escolaridad | |  | | | Establecimiento | | |  | | |
| Actividad | |  | | | | Código Servicio | | |  | |
| Domicilio | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE OTROS NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES QUE VIVEN EN EL DOMICILIO FAMILIAR** (replicar cuadro, según número de niños, niñas o adolescentes) | | | | | | | | | |
| Nombre y apellidos del NNA | |  | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento |  | | Edad |  | | Cédula de Identidad | | |  |
| Nacionalidad | |  | | | | | | | |
| Escolaridad | |  | | | Establecimiento | |  | | |
| Actividad | |  | | | Relación con el niño | | |  | |
| Domicilio | |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL O LAS FIGURAS DE CUIDADO** (replicar cuadro, según número de personas a cargo del cuidado del niño/a o adolescente) | | | | | | | | | |
| Nombre y apellidos | |  | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento |  | | Nacionalidad |  | | Escolaridad | | |  |
| Cédula de Identidad /Pasaporte | |  | | | Relación con NN | | |  | |
| Actividad | |  | | | | | | | |
| Domicilio | |  | | | | | Teléfono | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UBICACIÓN ACTUAL DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE** (marcar con una X) | | | |
| En el domicilio (Familia nuclear o extensa) | En el domicilio con adulto no familiar que asume el cuidado | Programa de Acogimiento familiar | Programa Residencial |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MOTIVO DE DERIVACIÓN AL PORGRAMA DE DIAGNÓTICO CLÍNICO ESPECIALIZADO** | | | |
| (DESCRIBIR) | | | |
| Organismo derivador |  | | |
| Fecha de derivación |  | N° de RIT u otro |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **METODOLOGÍA APLICADA PARA EL DIAGNÓTICO** | |
| Con el niño, niña o adolescente | 1. Revisión de antecedentes proporcionados por ente derivador, *Con la finalidad de conocer datos documentales e históricos del caso y su actualización. (INDICAR FECHA)* |
| 1. Revisión de antecedentes proporcionados por base de datos SITFA correspondiente al Tribunal de Familia de XXXXX en causa RIT P-XXXX-2023, *Con la finalidad de conocer datos documentales e históricos del caso y su actualización. (INDICAR FECHA)* |
| 1. 1 Revisión de Antecedentes históricos en Base de Datos SIS *Recolectar información y antecedentes de recorrido proteccional en la Red de Mejor Niñez respecto de la adolescente.* (Fecha XX.XX.2023) |
| 1. Hora de juego diagnóstica entre el niño/niña/adolescente y don XXXX (parentesco) (Fecha XX.XX.2023) |
| 1. Entrevista presencial con el niño/niña/adolescente XXXX**.** Con *el objetivo de realizar encuadre respectivo al contexto de la evaluación y presentación del programa, explicando motivos de derivación y alances del diagnóstico.* (Fecha XX.XX.2023) |
| 1. Entrevista presencial con el niño/niña/adolescente XXXX**.** Con *el objetivo de conocer aspectos de funcionamiento del NNA y valorar indicadores sintomáticos.* (Fecha XX.XX.2023) |
| 1. Observación del interacción entre el niño/niña/adolescente (nombre) y don/ña XXX (parentesco), *con la finalidad de observar características de la interacción (FECHA XX.XX.2023)* |
| 1. Análisis de caso con dirección del Programa (FECHA XX.XX.2023) |
| 1. Análisis de caso con equipo DCE (FECHA XX.XX.2023) |
|  |
| Con la madre, padre y/o figuras de cuidado | 1. Revisión documental en relación al adulto/a evaluado, don/doña XXX, con la finalidad de conocer antecedentes del adulto. (FECHA XX.XX.2023) |
| 1. Entrevista presencial con cuidadora actual doña XXXXX**.** Con *el objetivo de realizar encuadre respectivo al contexto de la evaluación, y presentación del programa, explicando motivos de derivación y alances del diagnóstico.* (Fecha XX.XX.2023) |
| 1. Entrevista presencial/remota con cuidadora actual doña **XXXXX.** *Con la finalidad de conocer funcionamiento, interacciones familiares, disposición parental para la satisfacción de necesidades del NNA y disposición a la intervención.* (Fecha XX.XX.2023) |
| 1. Entrevista presencial realizada en contexto de visita domiciliaria con la cuidadora actual doña XXXX**.** *Procedimiento orientado a profundizar funcionamiento de la adulta, integrantes del grupo familiar, interacciones familiares y profundizar sobre organización doméstica.* (Fechas XX.XX.2023) |
| 1. Visita domiciliaria en el inmueble de XXXX. Con la finalidad de constatar condiciones habitacionales de los evaluados. (Fecha XX.XX.2023). |
|  |
|  |
|  |
| Con otro | 1. Revisión documental en relación al adulto/a evaluado, don/doña XXX, con la finalidad de conocer antecedentes del adulto. (FECHA XX.XX.2023) |
| 1. Entrevista presencial/remota con doña/don **XXXXX,** testigo de la situación de desprotección**.** *Con la finalidad de recoger información respecto de la situación de desprotección.* (Fecha XX.XX.2023) |
| 1. Entrevista presencial/remota con doña/don **XXXXX,** adulto que reside en domicilio del NNA**.** *Con la finalidad de recoger información respecto de la situación de desprotección.* (Fecha XX.XX.2023) (REPLICAR EN RELACIÓNA NUMERO DE ENTREVISTAS |
| 1. Entrevista presencial/remota con doña/don **XXXXX,** profesional del intersector salud**.** *Con la finalidad de conocer antecedentes de salud recibidas por el NNA y su familia.* (Fecha XX.XX.2023) |
| 1. Entrevista presencial/remota con doña/don **XXXXX,** profesional del establecimiento educacional XXXX, *Con la finalidad de conocer antecedentes escolares del NNA y rol ejercido por adulto/a responsable.* (Fecha XX.XX.2023) |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FUENTES COMPLEMENTARIAS DE INFORMACIÓN** | |
| PROGRAMA/INSTITUCIÓN | CONTENIDOS ABORDADOS |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ACCIONES PROGRAMADAS QUE NO PUDIERON SER REALIZADAS:**

* **ENTREVISTA CON XXXX (MOTIVO POR EL CUAL SE FRUSTRA)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PRINCIPALES HALLAZGOS DEL DIAGNÓSTICO CLÍNICO ESPECIALIZADO, SEGÚN DIMENSIONES** | | | | | | | | | | |
| **Dimensiones** | | **Variables** | | | | | | | | |
| **Características de la situación de vulneración o violencia** | | **EN ESTA DIMENSIÓN, DE ACUERDO AL LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN Y LA APLICACIÓN DE LOS INSTTRUMENTOS APLICADOS, INCLUIDO EL VALORA GALICIA, DEBEN PRONUNCIARSE CONFORME A LAS ESCALAS, SOBRE:**  **-TIPO DE VIOLENCIA/MALTRATO, AVANZANDO EN LA DESCRIPCIÓN DE LA INTENSIDAD Y FRECUENCIA.**  **- VALORAR NIVEL DE GRAVEDAD DE LA VIOLENCIA/MALTRATO (SEGÚN VALORA GALICIA)**  **-TRAYECTORIA DE VULNERACIÓN (EN CASO DE NO CONTAR CON VIULERNACIONES HISTÓRICAS DEBEN SEÑALARLO. POR EJEMPLO, “NO SE CUENTA CON ANTECEDENTES DE VULNERACIONES PREVIAS, SIN REGISTRO DE INGRESOS A PROGRAMAS DE LA RED DE PROTECCIÓN, SEGÚN PLATAFORMA SIS DEL SERVICIO Y PJUD”** | | | | | | | | |
| **NIVEL DE DESPROTECCIÓN** | | | | | | | | | | |
|  | **INICIAL** | |  | | **INTERMEDIO** | |  | | **AVANZADO** | |
| **Situación del niño/a o adolescente** | | **SE DEBE DESARROLLAR:**   * **SATISFACCIÓN DE NECESIDADES FÍSICAS, DE SEGURIDAD, EMOCIONALES, SOCIALES Y COGNITIVAS, CONFORME A LOS ANTECEDENTES RECABADOS.** * **IMPACTO BIOPSICOSOCIAL DEL MALTRATO/VIOLENCIA. (DESARROLLANDO TODOS LOS INDICADORES QUE DEN CUENTA DE UN IMPACTO EN EL NNA)** * **VALORACIÓN DE FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO A NIVEL INDIVIDUAL** * **RECURSOS A NIVEL INDIVIDUAL** | | | | | | | | |
| **NIVEL DE DESPROTECCIÓN** | | | | | | | | | | |
|  | **INICIAL** | | |  | | **INTERMEDIO** | |  | | **AVANZADO** |
| **Capacidades de cuidado de la familia o cuidadores/as** | | **SE DEBE DESARROLLAR:**   * **CAPACIDAD DE SATISFACER NECESIDADES DEL NNA.** * **FACTORES DE RIESGO DE RECURRENCIA DE LA VIOLENCIA, A NIVEL FAMILIAR** * **FATORES PROTECTORIES DE RECURRENCIA, A NIVEL FAMILIAR** * **RECURSOS A NIVEL FAMILIAR** * **VALORACIÓN DE LA COLABORACIÓN DE LOS CUIADORES** | | | | | | | | |
| **NIVEL DE DESPROTECCIÓN** | | | | | | | | | | |
|  | **INICIAL** | | |  | | **INTERMEDIO** | |  | | **AVANZADO** |
| **Características del entorno o contexto socio comunitario** | | **DESARROLLAR:**   * **Presencia de soportes comunitarios hacia el niño** * **Presencia de soportes comunitarios hacia la familia.** * **Presencia de soportes intersectoriales hacia el niño** * **Presencia de soportes intersectoriales hacia la familia** * **Factores de riesgo de recurrencia de la violencia, en el contexto.** * **Factores protectores de recurrencia, en el contexto.** | | | | | | | | |
| **NIVEL DE DESPROTECCIÓN** | | | | | | | | | | |
|  | **INICIAL** | | |  | | **INTERMEDIO** | |  | | **AVANZADO** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONCLUSIONES DEL DIAGNÓSTICO** | | | | | |
| **SE INCLUYE ACÁ LAS CONCLUSIONES RESPECTO DE LA VALORACIÓN DE PROTECCIÓN – DESPROTECCIÓN, SINTETIZANDO LOS PRINCIPALES HALLAZGOS, TANTO A NIVEL DE FACTORES DE RIESGO COMO PROTECTORES Y RECURSOS APRECIADOS A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y DE CONTEXTO.**  **SE ENUNCIA TAMBIÉN SI EN EL PROCESO SE HA DETERMINADO Y ACTIVADO MECANISMOS JUICIALES (SOLCITUD DE MEDIDA CAUTELAR, ACTIVACIÓN REX 155)** | | | | | |
| **PRONUNCIAMIENTO NIVEL DE DESPROTECCIÓN DETECTADO** (marcar con una X) | | | | | |
| **Inicial** |  | **Intermedio** |  | **Avanzado** |  |

|  |
| --- |
| **SUGERENCIA DE DERIVACION A PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DEL PROYECTO DE MEDIDA DE PROTECCIÓN A TRIBUNAL DE FAMILIA ANTE DETECCIÓN DE SITUACIÓN DE RIESGO**  (marcar con una X) | | | |
| **SI** |  | NO |  |

**PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DE LOS ADULTOS DE LA FAMILIA O CUIDADORES/AS CON QUIENES SE REALIZARÁ LA INTERVENCIÓN** (replicar cuadro, según número de personas disponibles para la intervención) | | | |
| **Nombre y apellidos** |  | **Relación con el NNA** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL** | | | | | |
| **ÁMBITOS DE LA INTERVENCIÓN** | **OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA INTERVENCIÓN** (refieren a lo que se espera generar con la intervención en cada ámbito, estos se priorizan según hallazgos del diagnóstico) | **ESTRATEGIA Y ACCIONES** (Las estrategias son procedimientos operativos que se traducen en acciones y actividades orientadas al cambio de una situación. Las acciones refieren a iniciativas concretas a realizar en cada ámbito) | **RESULTADO ESPERADO A CORTO Y MEDIANO PLAZO**  (Logros específicos a 3 y 6 meses en cada ámbito. Los logros a 3 y 6 meses deben estar articulados y ser medibles) | **PLAZO Y FRECUENCIA DE LAS ACCIONES** | **RESPONSABLES** |
| Niño, niña o adolescente |  |  |  |  |  |
| Padre/madre o adulto a cargo del cuidado |  |  |  |  |  |
| Redes (familiares, comunitarias e intersectoriales) |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONSIDERACIÓN DE LAS OPINIONES DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE Y SU FAMILIA O ADULTO A CARGO DE SUS CUIDADOS, EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL** (marcar con un X y adjuntar verificador) | | | | |
| Del niño, niña o adolescente | SI, cual o cuales |  | NO, fundamente |  |
| De la madre/padre/cudiador/a | SI, cual o cuales |  | NO, fundamente |  |

PIE DE FIRMA PROFESIONALES