



**GAD MUNICIPAL DEL CANTON CUENCA
ACCION SOCIAL MUNICIPAL**

FICHA DE DIAGNÓSTICO DEL NIÑO, NIÑA, ADOLESCENTE, JOVEN Y SU FAMILIA

1.-DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombres y apellidos de NNAJ :	
Edad:	Lugar y Fecha de nac.
Dirección Actual: Calles _____	
Parroquia: _____	barrio: _____
Teléfonos:	E-mail:
Con quien vive el NNAJ	
Existencia y vigencia de documentos de identidad:	

2.-COMPOSICION FAMILIAR DEL NNAJ:

Personas que integran el grupo de convivencia

Nombre	Edad	Parentesco	Estado civil	Ocupación	Instrucción	Ingresos. M

En caso de vivir con otro familiar o solo con uno de sus padres describir la situación: _____

TIPO DE FAMILIA

Nuclear Mono parental Extendida Reconstruida

CICLO VITAL DE LA FAMILIA

Pareja recién conformada Con hijos pequeños Con hijos escolarizados Con hijos adolescentes

A. ESCOLARIZACION DEL NIÑO, NIÑA, ADOLESCENTE O JOVEN:

El NNAJ estudia SI NO
Causa por la que no estudia: _____

Nombre del Centro Educativo al que asiste: _____

Año educacion que cursa o el último que estudió: _____

Repetición de grado o curso y causas: _____

Asistencia a programas de apoyo y/o nivelación escolar: _____

B. SITUACION FAMILIAR Y SOCIAL

Ámbito familiar:

1. Trabajo de los padres o referentes del niño, niña o adolescente

	Sector Laboral	Satisfacción en la actividad realizada	Lugar (dirección teléfono)	Horario
Padre				
Madre				
Referente				

C. AMBITO ECONOMICO:

1.-INGRESOS	TOTAL	2.-EGRESOS	TOTAL	3.-SUBSIDIOS	TOTAL
Padre		Servicios básicos		Bono DH	
Madre		Arriendo		Bono Joaquín Ga.	
Hijos		Transporte		IESS	
Otros		Alimentación		Montepío	
		Medicación		Seguro privado	
		Educación		otros	
Total Ingresos		Total de Egresos		Total subsidios	

D. AMBITO SOCIAL

1. Vivienda de la familia	2. Materiales de construcción de la vivienda:	3. Uso de los cuartos o habitaciones:	4.-Servicios con los que cuenta la vivienda:
Propia: _____ Arrendada: _____ Prestada: _____ Compartida: _____ Invasión: _____ Otra: _____	Paredes: _____ Techo: _____ Piso: _____ Nº de habitaciones o cuartos: _____	_____ _____ _____ _____	Agua potable:----- Luz:----- Teléfono: __, Otros: _____ _____ Vías de acceso: _____ _____

OBSERVACIONES DE LA VIVIENDA: _____

F. AMBITO DE SALUD:

1.-ESTADO FÍSICO NNAJ.

Estatura: _____ Peso: _____ Enfermedades: _____
Lesiones: _____ A que es alérgico: _____ Medicamentos
que consume: _____

2.-En caso de emergencia con quien y a que teléfonos nos contactamos:

4.-En caso de enfermedad o de emergencia de salud a donde acude la familia:

3.-Situación de salud de los miembros de la familia:

A.-¿Algún miembro de la familia consume alcohol o sustancias sicotrópicas ?		SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>					
Qué tipo de sustancias:	¿Quién? : Padre	<input type="checkbox"/>	Madre	<input type="checkbox"/>	hijo/s	<input type="checkbox"/>	hija/s	<input type="checkbox"/>	otros	<input type="checkbox"/>
¿Frecuencia?: diario		<input type="checkbox"/>	semanal	<input type="checkbox"/>	Cada 15 días	<input type="checkbox"/>	mensual	<input type="checkbox"/>	ocasional	<input type="checkbox"/>

G.-BREVE DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN FAMILIAR

H.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Fecha de ingreso del NNAJ:..... Fecha de Egreso del NNAJ:.....

Fecha de reingreso:..... Etapa en la cual está el NNAJ:.....

Etapa/Proceso del Proyecto Circo Social:.....

Fecha de entrevista: _____

Firma de responsabilidad: _____