INSTRUCTIVO PARA LA APLICACIÓN DE LA FICHA SOCIO-FAMILIAR Y CARACTERIZACIÓN PEDAGÓGICA DE ESTUDIANTES DE PREESCOLAR

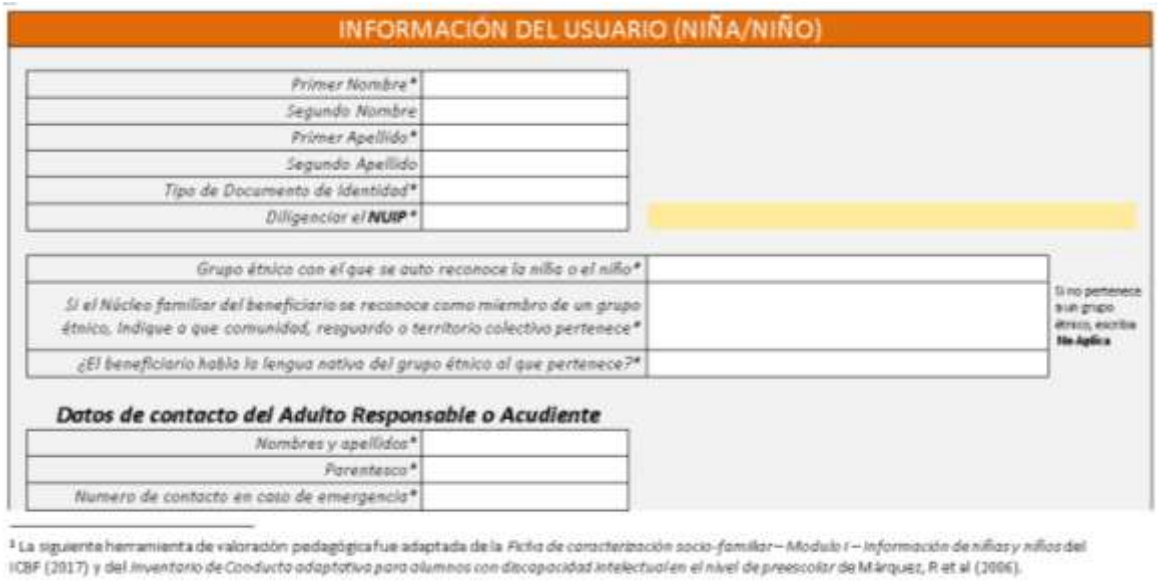
Estimado docente de Transición: A continuación les oriento la aplicación de este formato que tiene como propósito, reconocer estudiantes de preescolar con discapacidad u otras condiciones de vulnerabilidad.

Acá es muy importante recalcar a los padres de familia que deben diligenciar la información general y específica del estudiante de manera completa, clara y argumentativa porque de esto depende que podamos tener la información necesaria y honesta para poder atender pedagógicamente, de una manera más efectiva, a sus hijos.

La orientación para ud como docente es que inicialmente solo reproduzcamos las 4 primeras páginas (2 hojas por ambas caras) que son los aspectos que vamos a aplicar de manera colectiva el día de Encuentro con Padres de Familia. Cada padre con un lápiz o lapicero podrá ir registrando la información.

Se irá leyendo de manera clara cada ítem para que todos a la vez lo vayan respondiendo. Si alguien tiene una pregunta por favor ir respondiendo y aclarando para que las personas que tengan la misma duda puedan tener la respectiva retroalimentación, así todos terminarán al mismo tiempo.

- **INFORMACIÓN DEL USUARIO (NIÑA/NIÑO)**



INFORMACIÓN DEL USUARIO (NIÑA/NIÑO)

Primer Nombre*	
Segundo Nombre	
Primer Apellido*	
Segundo Apellido	
Tipo de Documento de Identidad*	
Diligenciar el **NUIP***	

Grupo étnico con el que se auto reconoce la niña o el niño*	
Si el Núcleo familiar del beneficiario se reconoce como miembro de un grupo étnico, Indique a que comunidad, resguardo o territorio colectivo pertenece*	
¿El beneficiario habla la lengua nativa del grupo étnico al que pertenece?*	

Si no pertenece a un grupo étnico, escriba **No Aplica**

Datos de contacto del Adulto Responsable o Acudiente

Nombres y apellidos*	
Parentesco*	
Numero de contacto en caso de emergencia*	

[1] La siguiente herramienta de valoración pedagógica fue adaptada de la *Ficha de caracterización socio-familiar – Modulo I – Información de niñas y niños* del ICBF (2017) y del *Inventario de Conducta adaptativa para alumnos con discapacidad intelectual en el nivel de preescolar* de Márquez, P et al (2006).

Escribir los nombres y apellidos completos del niño, En tipo de documento todos registran **REGISTRO CIVIL** y escriban el número **NUIP** que viene en el documento.

Preguntar si algún niño o niña pertenece a algún grupo étnico o indígena. Si alguien manifiesta que **sí,** entonces debe escribir el nombre del grupo étnico con el cual se identifica. Los que manifiestan que **no,** sólo escriben **No aplica.**

En Datos de contacto del Adulto Responsable o Acudiente. Para la seguridad de los padres y de nosotros como institución educativa es importante que se registre hoy mismo esta información.

- **SALUD**

SALUD		
*Se encuentra afiliado al Sistema de Seguridad Social?**		
*En caso de no estar afiliado al Sistema de Seguridad Social ¿Cuál es la razón?**		Si esta afiliado, escriba No Aplica
*Nombre de la Entidad Promotora de Salud a la que se encuentra afiliado?**		
*¿La niña o niño cuenta con el carnet de vacunación actualizado?**		
*En caso de que no contar con el carnet de vacunación al día según la edad de la niña o el niño, ¿Cuál es la razón?**		Si cuenta con carnet de vacunación, escriba No Aplica
*Si la niña o el niño es mayor de un (1) año, ¿Ha asistido a controles de salud oral?**		
*En caso de no haber asistido a controles de salud oral, ¿Cuál es el motivo por el cual no ha asistido a los controles?**		Si ha asistido a controles de salud oral, escriba No Aplica
*La niña o niño menor de cuatro (4) años ¿Ha recibido valoración oftalmológica?**		
*La niña o niño menor de cinco (5) años ¿Ha recibido valoración auditiva?**		
*Si la niña o el niño ha asistido a consultas médicas distintas a las de crecimiento y desarrollo (urgencias o consulta externa), indique el motivo de la consulta**		Si no ha asistido a consultas médicas distintas, escriba No Aplica
*¿La niña o niño es alérgico a algún medicamento?**		
*Si la respuesta anterior es SI, indique el medicamento al cual es alérgico**		Si no es alérgico a ningún medicamento, escriba No Aplica

En este aspecto vamos a indagar:

- ✓ si el estudiante se encuentra afiliado a alguna entidad de salud bien sea subsidiado o contributivo, los que respondan **NO** deben explicar la razón de porque su hijo aún no está afiliado y los que respondan **SI** solo escriben **No aplica**
- ✓ A qué entidad de salud se encuentran afiliados,
- ✓ Si cuentan con carnet de vacunación actualizado, los que respondan **NO** deben explicar la razón de porque su hijo no cuenta con las vacunas al día según su edad y los que respondan **SI** solo escriben **No aplica**
- ✓ Si han asistido a controles de salud oral (odontología), los que respondan **NO** deben explicar cuál es el motivo por el cual su hijo no ha asistido a controles de salud oral y los que respondan **SI** solo escriben **No aplica**
- ✓ si han recibido valoración audiológica (para confirmar si oye bien), acá solo responden **SI** o **NO**, no hay que justificar el NO.

- ✓ Si han recibido valoración oftalmológica (para confirmar si ve bien), acá solo responden SI o NO, no hay que justificar el NO.
- ✓ Si ha asistido a consultas médicas distintas a las de crecimiento y desarrollo (urgencias o consulta externa), es importante que escriba el motivo por el cual fue llevado a las urgencias o a consulta externa, si nunca ha asistido a ninguna consulta médica o de urgencias escriba **NO APLICA,** de lo contrario escriba los motivos de la consulta.
- ✓ Si es alérgico a algún medicamento, primordial que nos escriban a qué medicamento presenta alergia su hijo o hija.

- **NUTRICIÓN Y MEDIDAS ANTROPOMETRICAS**

NUTRICIÓN Y MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

*La niña o niño cuenta con el carnet actualizado de crecimiento y desarrollo**		
*Si la niña o niño asiste a controles de crecimiento y desarrollo, indique la fecha del último control**		Día/Mes/Año (Ejemplo 01/01/2016)

Rango de edad*		
*Peso al nacer de la niña o el niño**		***Gramos (Mínimo 1000 - Máximo 5000)***
*Talla al nacer de la niña o el niño**		***Centímetros (Mínimo 30- Máximo 65)***

La niña o el niño tiene alguna dieta especial, restricción alimentaria o alergia alimentaria

*SI / NO**		
*Si la respuesta anterior es SI, indique la dieta, restricción o alergia alimentaria**		Si no tiene ninguna dieta especial, restricción o alergia, escriba No Aplica

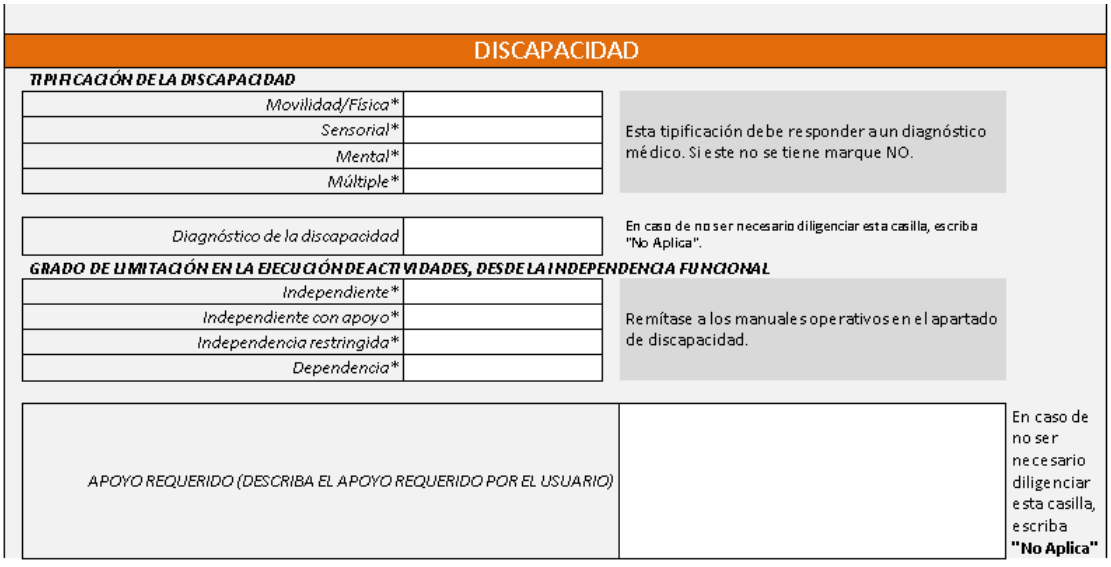
Información para niñas y niños mayores de 1 año

*¿Ha recibido en el último año antiparasitarios, por parte de algún servicio de salud?**		
*En caso de haber recibido antiparasitarios, indique la última fecha en la que fue tomada por la niña o el niño**		En caso de no ser necesario diligenciar

- ✓ Escriba si su hijo o hija cuenta con el carnet actualizado de crecimiento y desarrollo y la fecha del último control en día, mes y año.
- ✓ En rango de edad, escriba la edad de su hijo o hija

- ✓ Escriba el peso al nacer de su hijo o hija
- ✓ Escriba la talla al nacer de su hijo o hija, es decir cuánto midió su hijo al nacer, en centímetros
- ✓ Escriba si su hijo (a) tiene alguna dieta especial, restricción alimentaria o alergia alimentaria que debamos saber para evitar algún inconveniente que ponga en peligro su salud. Si este aspecto ud responde **NO** entonces coloque en la siguiente pregunta **NO APLICA.**
- ✓ Si su hijo ha recibido en el último año antiparasitarios, por parte de algún servicio de salud escriba **SI**, e indíquenos la última fecha en la que fue tomada por la niña o el niño.

- **DISCAPACIDAD**



DISCAPACIDAD

TIPIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

*Movilidad/Física**	
*Sensorial**	
*Mental**	
*Múltiple**	

Esta tipificación debe responder a un diagnóstico médico. Si este no se tiene marque NO.

Diagnóstico de la discapacidad	

En caso de no ser necesario diligenciar esta casilla, escriba "No Aplica".

GRADO DE LIMITACIÓN EN LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES, DESDE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL

*Independiente**	
*Independiente con apoyo**	
*Independencia restringida**	
*Dependencia**	

Remítase a los manuales operativos en el apartado de discapacidad.

APOYO REQUERIDO (DESCRIBA EL APOYO REQUERIDO POR EL USUARIO)	

En caso de no ser necesario diligenciar esta casilla, escriba **"No Aplica"**

- ✓ Si Su hijo o hija presenta o cuenta con un diagnóstico médico de discapacidad marque el tipo de discapacidad que presenta, bien sea física o de movilidad, o sensorial (si la discapacidad es visual o auditiva), o mental (si presenta autismo o discapacidad para

relacionarse con otros), o múltiple (si presenta dos o más discapacidades a la vez). **Pilas !!!!** Esto se registra si puede comprobar el diagnóstico de su hijo con una valoración médica donde conste esa información.

Si su hijo no cuenta con un diagnóstico de discapacidad escriba **NO APLICA.**

NOTA PARA EL DOCENTE: Hasta este punto realizamos el registro con los padres de familia.

El resto de la ficha se irá registrando paulatinamente a través de la observación directa de uds con todos sus estudiantes, esperando que pueda ser completada en estas primeras semanas de conocimiento del grupo, en sus desempeños tanto en el aula escolar como en su patio de descanso, Les sugiero que a los padres solo les den las 4 primeras páginas de la ficha para que sea más ágil el diligenciamiento por parte de ellos.

Los estudiantes que sean reportados con algún tipo de discapacidad ya con diagnóstico, por favor remítalos directamente con su docente de Apoyo Pedagógico junto con la copia de estas 4 hojas de caracterización aplicadas, para iniciar la ruta correspondiente a través del Programa de Inclusión y posteriormente en la observación de los desempeños de los niños (as), irán a surgir algunas necesidades para ser remitidas, siguiendo el diligenciamiento de la ficha de remisión o Fase I de caracterización que les aportaré posteriormente,

Éxitos en la aplicación y espero haber sido clara en las instrucciones. Estaré atenta a sus inquietudes.

Elaboró: Esp. *Luddy Minnelli T. Barrera Duarte*
Docente de Apoyo Pedagógico ITPC2