

MANUAL de Procedimientos

APLICADO A:
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL
RAFAEL NIETO

SAN LUIS POTOSI, S.L.P., ABRIL 2018

CONTENIDO

1. Objetivo del manual
2. Consideraciones.
3. Carátula de identificación del manual.
4. Políticas Generales.
Dirección General
5. Comunicación entre los órganos superiores del Centro para la solución de los casos de los menores albergados.
6. Atención Integral a los menores.
Administración
7. Elaboración del Presupuesto del Centro de Asistencia Social Rafael Nieto.
8. Pago a proveedores y /o prestadores de servicios.
9. Mantenimiento del equipo de transporte.
10. Mantenimiento y Conservación de las instalaciones del Centro.
11. Requisición de compra y/o servicio.
Prefectura
12. Programa de operación del turno matutino.
13. Programa de operación del turno vespertino.
14. Programa de operación del turno nocturno.
15. Programa de operación del turno de fin de semana.
Psicología
16. Apoyo psicológico a los niños.
17. Supervisión de visitas de familiares a los menores.
18. Sesiones grupales.

CONTENIDO

Academia

19 Admisión – Inscripción a menores de nivel primaria.

Médica

20 Valoración y atención médica para menores del Centro de Asistencia Social Rafael Nieto.

21 Control de consultas médicas.

Trabajo Social

22 Recepción y atención de menores.

23 Investigación de casos a menores.

24 Integración de expediente único.

25 Traslado de menores a otros albergues.

26 Programa de economía de fichas.

27 Catálogo de formas

28 Inventario de Procedimientos

29 Glosario

30 Autorización

31 Control de actualizaciones

OBJETIVO

•Uniformar y controlar el cumplimiento de las funciones.

•Delimitar actividades, responsabilidades y funciones.

•Precisar las funciones encomendadas a cada unidad administrativa para deslindar responsabilidades y evitar duplicidad de esfuerzos.

•Coordinar en la ejecución del trabajo, evitando la repetición de instrucciones y las fugas de responsabilidad.

•Aumentar la eficiencia de los empleados, ya que indican lo que se debe de hacer y como se debe de hacer.

•Es una fuente de información y adiestramiento para el personal de nuevo ingreso, facilitando su incorporación a las distintas unidades administrativas.

•Simplificar la toma de decisiones en operaciones repetitivas.

CONSIDERACIONES

•De acuerdo a lo establecido en Artículo 41, Fracción III, de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado, corresponde a la Oficialía Mayor el coadyuvar en la elaboración de los Manuales de Organización y Procedimientos de las dependencias del Ejecutivo.

•El presente Manual es un instrumento que servirá para tomar decisiones uniformes, normar acciones y orientar el proceso de ejecución, seguimiento y control de las operaciones que ejecuta el **Centro De Asistencia Social Rafael Nieto**. La que será responsable de su aplicación y actualización, así como de dar a conocer a sus colaboradores el contenido del mismo.

•Los titulares administrativos de la dependencia o entidad serán los encargados de la custodia de los manuales así como del respaldo informático de los mismos

•La información contenida en este documento será complementada y enriquecida conforme las circunstancias lo requieran.

•A efecto de dar utilidad permanente al Manual es indispensable que su información se mantenga actualizada y que ésta reúna requisitos de viabilidad, oportunidad y consistencia, por lo cual es importante su enriquecimiento con las ideas y experiencias de quienes participan en su aplicación.

•La Dirección de Organización y Métodos será responsable de controlar las modificaciones y/o actualizaciones que se llevan a cabo en el contenido del Manual.

•**El Centro De Asistencia Social Rafael Nieto** tiene la responsabilidad de proporcionar la asesoría necesaria a las dependencias que lo requieran, respecto a su interpretación y aplicación.

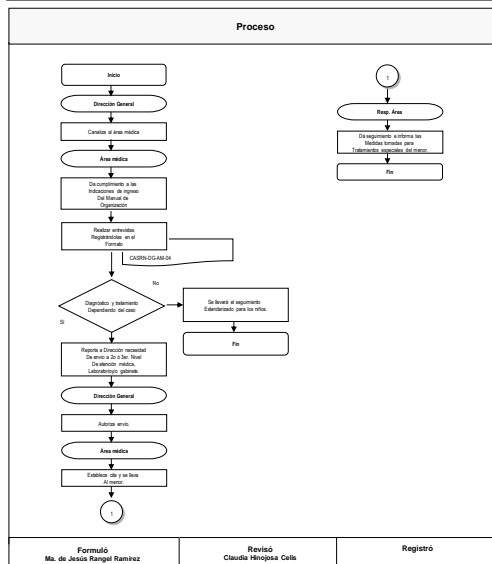
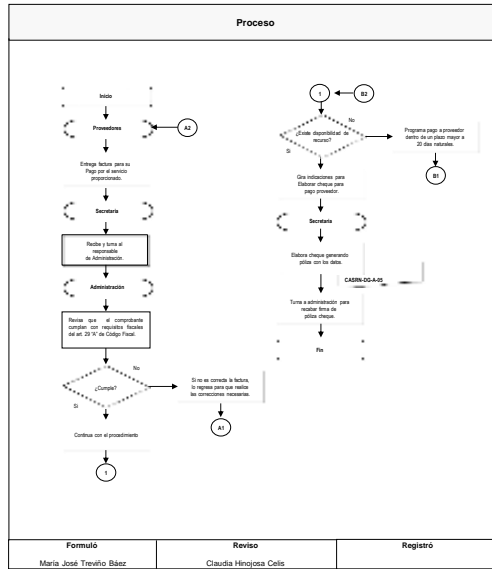
CONSIDERACIONES

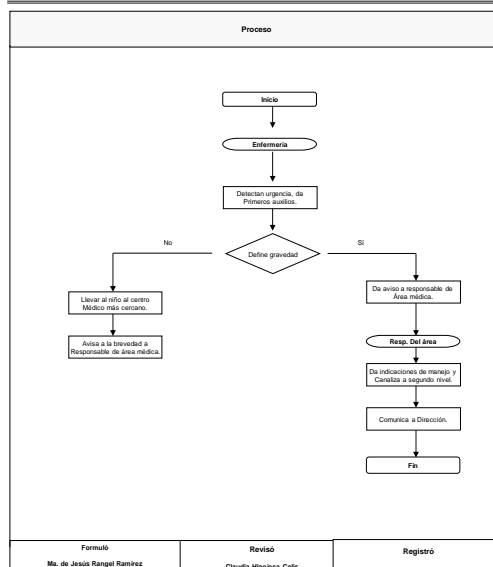
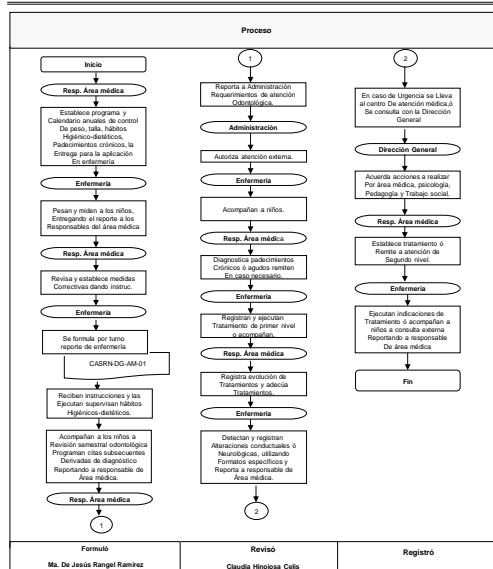
•El Manual se ha estructurado con hojas sustituibles a efecto de incorporar ajustes o actualizaciones totales o parciales.

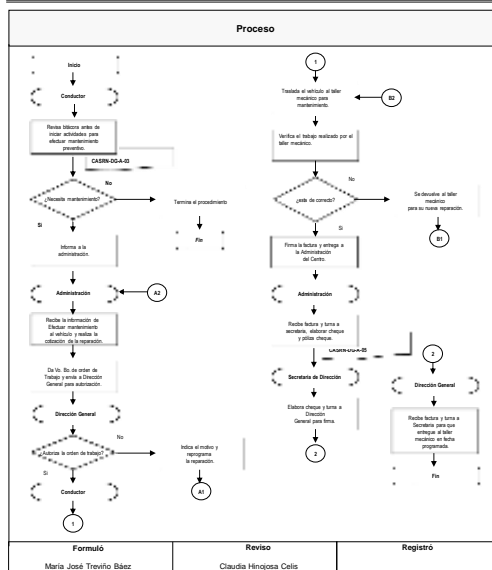
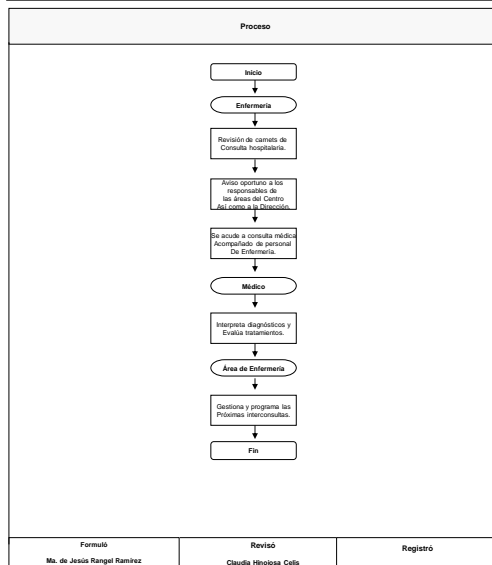
• **El Centro De Asistencia Social Rafael Nieto** coordinará la impresión del Manual y será la responsable de su distribución.

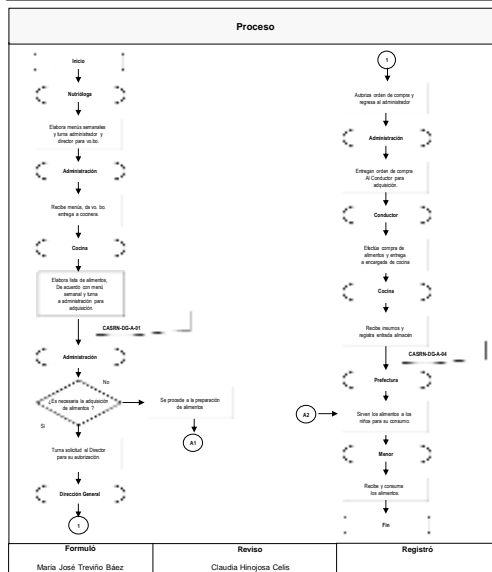
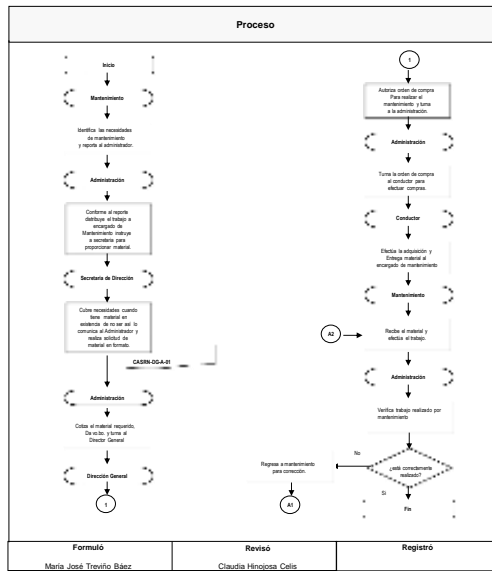
•El Manual debe interpretarse como un documento de consulta y observancia normativa.

•Agradecemos a los funcionarios públicos su valiosa colaboración para el buen uso aplicación del Manual de Procedimientos.









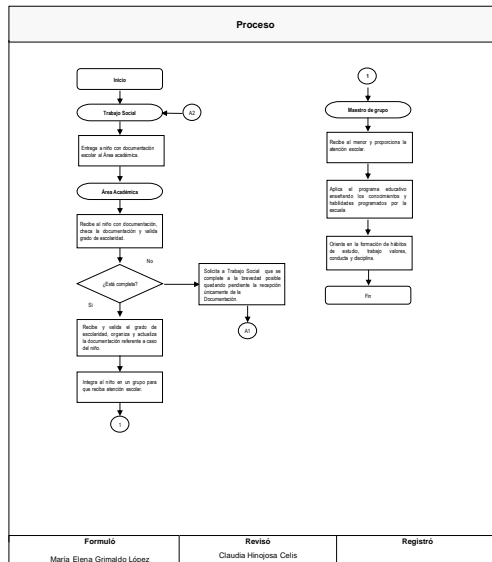
Administración

Elaboración del Presupuesto al Centro de Reintegración Social Rafael Nieto



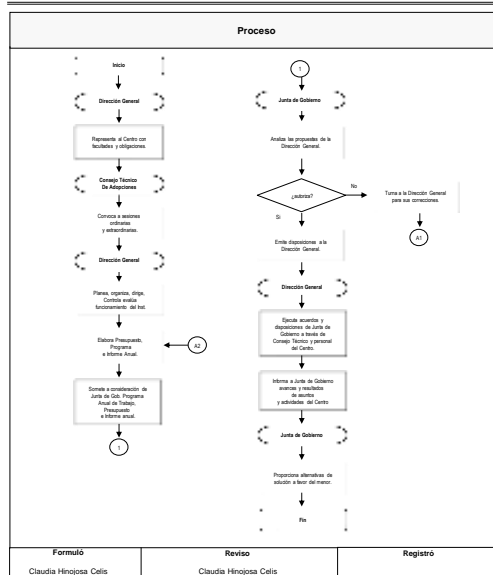
Academia

Admisión - Inscripción de niños de nivel primaria.



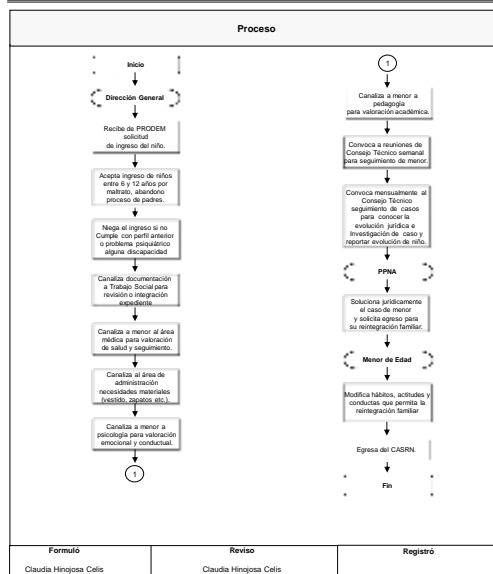
Dirección
 Comunicación entre los Organos superiores del
 Centro para la solución de los casos de los niños.

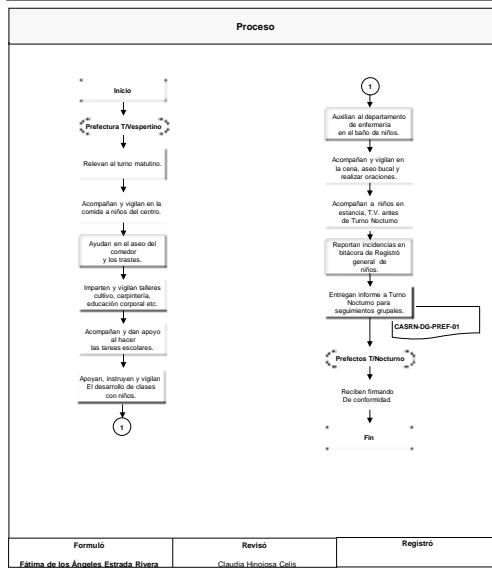
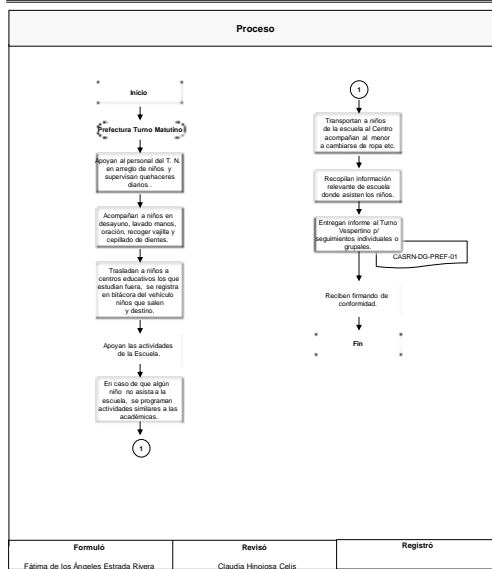
Hoja 1 de 2

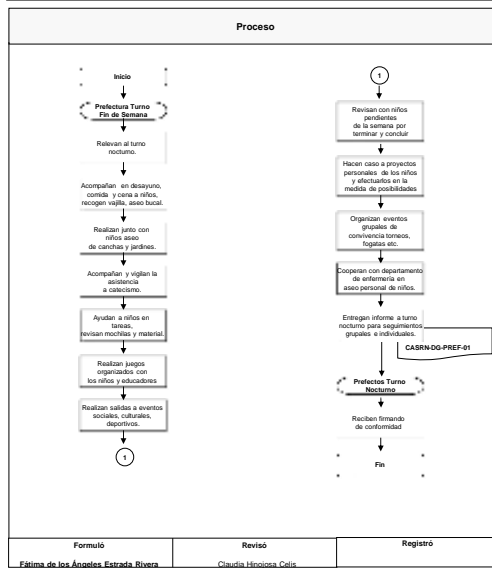
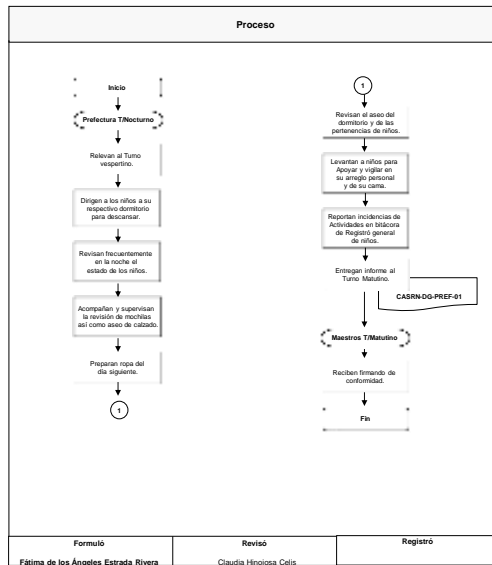


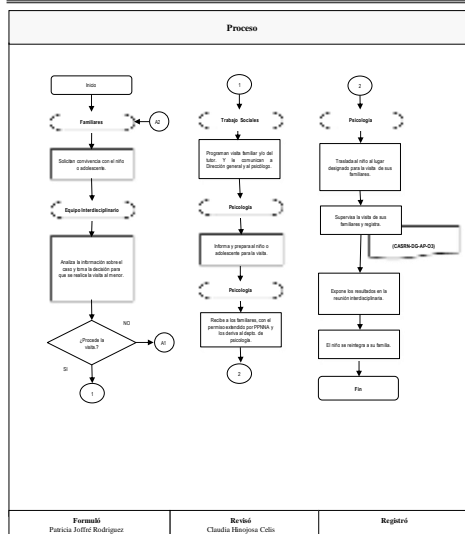
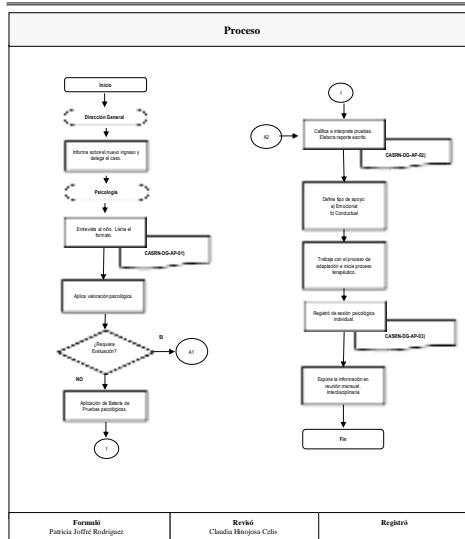
Dirección
 Atención Integral de los Niños

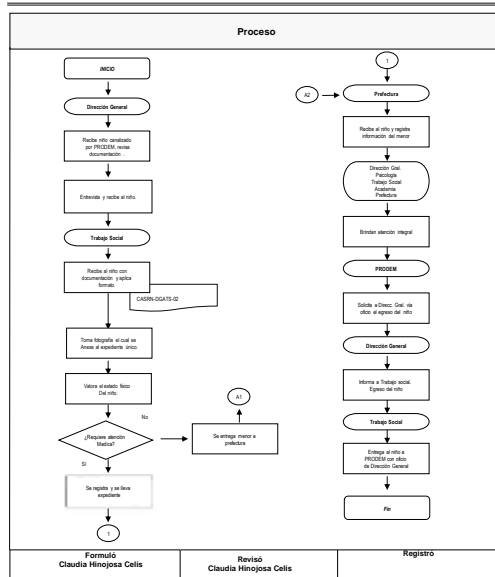
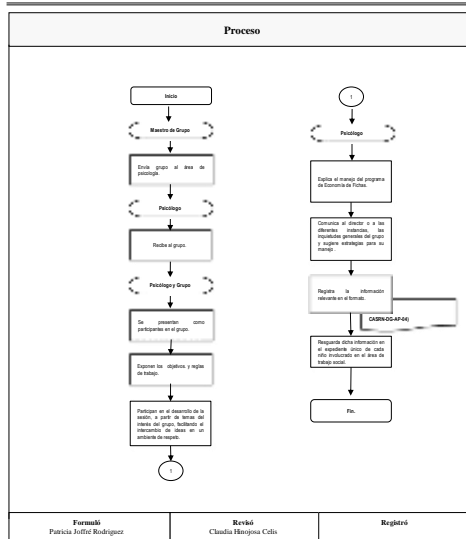
Hoja 2 de 2

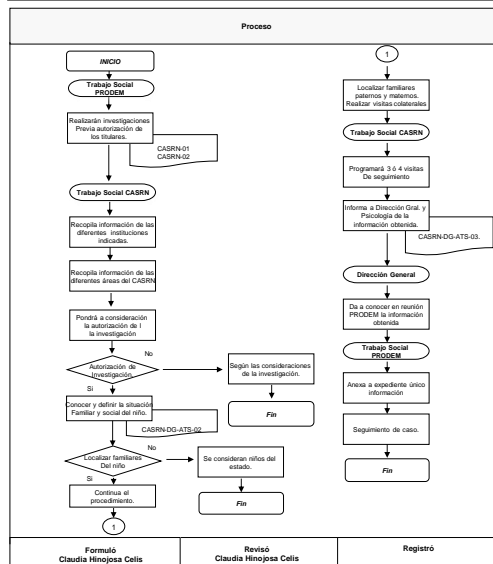
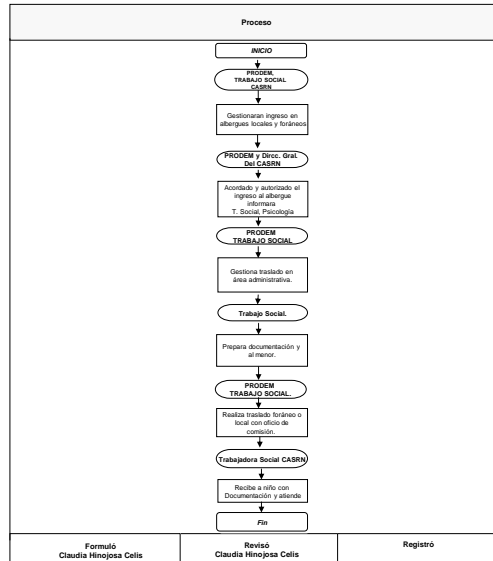


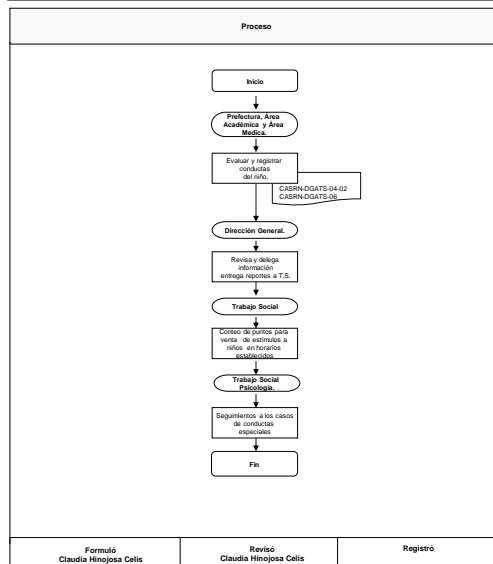
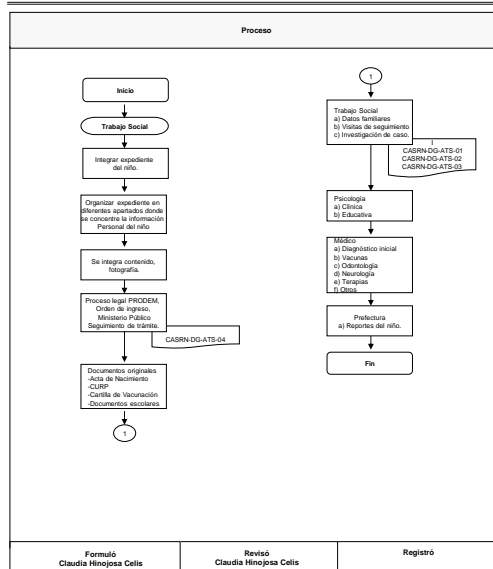














CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO

CATALOGO de Formas

APLICADO A:
ADMINISTRACION

SAN LUIS POTOSI, S.L.P., ABRIL 2018

CASRN-DG-A-01



Solicitud de Material

Objetivo Es reportar en formato establecido, el material solicitado por las diferentes áreas.

SOLICITUD DE MATERIAL		
ÁREA SOLICITANTE (1)		
FECHA DE ELABORACIÓN (2)		
CANTIDAD (3)	DESCRIPCIÓN (4)	PRESENTACIÓN (5)
SOLICITADO POR (6)		
AUSENTE O JEFE INMEDIATO (7)		
VO. DEL ADMINISTRADOR (8)		
OBSERVACIONES (9)		

1. Nombre del área que solicita el servicio
2. Fecha de solicitud del servicio, día, mes y año
3. Cantidad del material a solicitar.
4. Descripción del material solicitado.
5. Que tipo de material, ya que varía en su presentación chico, mediano, grande etc.
- 6.- Nombre completo de la persona que solicita el material.
- 7.- Nombre completo de la persona que autoriza.
- 8.- Nombre completo de la persona que entrega el material solicitado.
- 9.- Especificar que tipo de situación se puede presentar.

Elabora

Centro De Asistencia Social
Rafael Nieto

Distribución

Original:
Administración

1a Copia:
Archivo.

Periodicidad

Cuando se requiera.

Medio para obtener la forma

Programa Excel, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas
CASRN-DG-A-01.

Distribución de Presupuesto

**Objetivo**

Solicitar en formato a SECRETARÍA DE FINANZAS el otorgamiento del presupuesto del ejercicio requerido.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS (1)
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL

CAPÍTULO SUBCAPÍTULO SUBCATEGORÍA	CONCEPTO	TOTAL EJERCICIO ANUAL
000	OPERATIVOS Y ADMINISTRATIVOS	
100	MATERIALES DE ADMINISTRACIÓN	
101	MATERIALES DE OFICINA	
102	MATERIALES DE LIMPIEZA	
103	PROCESOS OPERATIVOS	
104	MATERIALES Y UTILES DE COMPAÑIA Y PERSONALES	
105	MATERIALES Y UTILES DE SUP. MED. EG. COMPLETA	
200	ALUMBRADO Y ENERGÍA	
201	SUMINISTRO DE ENERGÍA	
202	ALUMBRADO DE INTERIORES	
203	CONSUMOS PARA EL SERVICIO DE LA PREVENCIÓN	
204	MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS	
205	MATERIAS PRIMAS	
206	MATERIAS PLÁSTICAS Y OTRAS MATERIAS	
300	MANTENIMIENTO DE CONSTRUCCIONES	
301	MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN	
302	MATERIALES PARA LA REPARACIÓN DE LA PREVENCIÓN	
303	MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN	
304	PROCESOS OPERATIVOS Y MATERIALES	
305	MATERIALES PARA LA REPARACIÓN DE LA PREVENCIÓN	
306	MATERIALES Y PRODUCTOS OPERATIVOS	
307	MATERIALES Y PRODUCTOS OPERATIVOS	
308	MATERIALES Y PRODUCTOS OPERATIVOS	
309	MATERIALES Y PRODUCTOS OPERATIVOS	
400	COMUNICACIONES Y LABORATORIOS	
401	COMUNICACIONES	
402	LABORATORIOS Y MATERIALES	
500	DESECHABLES Y MATERIALES	
501	DESECHABLES Y MATERIALES	
502	DESECHABLES Y MATERIALES	
503	DESECHABLES Y MATERIALES	
504	DESECHABLES Y MATERIALES	
505	DESECHABLES Y MATERIALES	
506	DESECHABLES Y MATERIALES	
507	DESECHABLES Y MATERIALES	
508	DESECHABLES Y MATERIALES	
509	DESECHABLES Y MATERIALES	
510	DESECHABLES Y MATERIALES	
511	DESECHABLES Y MATERIALES	
512	DESECHABLES Y MATERIALES	
513	DESECHABLES Y MATERIALES	
514	DESECHABLES Y MATERIALES	
515	DESECHABLES Y MATERIALES	
516	DESECHABLES Y MATERIALES	
517	DESECHABLES Y MATERIALES	
518	DESECHABLES Y MATERIALES	
519	DESECHABLES Y MATERIALES	
520	DESECHABLES Y MATERIALES	
521	DESECHABLES Y MATERIALES	
522	DESECHABLES Y MATERIALES	
523	DESECHABLES Y MATERIALES	
524	DESECHABLES Y MATERIALES	
525	DESECHABLES Y MATERIALES	
526	DESECHABLES Y MATERIALES	
527	DESECHABLES Y MATERIALES	
528	DESECHABLES Y MATERIALES	
529	DESECHABLES Y MATERIALES	
530	DESECHABLES Y MATERIALES	
531	DESECHABLES Y MATERIALES	
532	DESECHABLES Y MATERIALES	
533	DESECHABLES Y MATERIALES	
534	DESECHABLES Y MATERIALES	
535	DESECHABLES Y MATERIALES	
536	DESECHABLES Y MATERIALES	
537	DESECHABLES Y MATERIALES	
538	DESECHABLES Y MATERIALES	
539	DESECHABLES Y MATERIALES	
540	DESECHABLES Y MATERIALES	
541	DESECHABLES Y MATERIALES	
542	DESECHABLES Y MATERIALES	
543	DESECHABLES Y MATERIALES	
544	DESECHABLES Y MATERIALES	
545	DESECHABLES Y MATERIALES	
546	DESECHABLES Y MATERIALES	
547	DESECHABLES Y MATERIALES	
548	DESECHABLES Y MATERIALES	
549	DESECHABLES Y MATERIALES	
550	DESECHABLES Y MATERIALES	
551	DESECHABLES Y MATERIALES	
552	DESECHABLES Y MATERIALES	
553	DESECHABLES Y MATERIALES	
554	DESECHABLES Y MATERIALES	
555	DESECHABLES Y MATERIALES	
556	DESECHABLES Y MATERIALES	
557	DESECHABLES Y MATERIALES	
558	DESECHABLES Y MATERIALES	
559	DESECHABLES Y MATERIALES	
560	DESECHABLES Y MATERIALES	
561	DESECHABLES Y MATERIALES	
562	DESECHABLES Y MATERIALES	
563	DESECHABLES Y MATERIALES	
564	DESECHABLES Y MATERIALES	
565	DESECHABLES Y MATERIALES	
566	DESECHABLES Y MATERIALES	
567	DESECHABLES Y MATERIALES	
568	DESECHABLES Y MATERIALES	
569	DESECHABLES Y MATERIALES	
570	DESECHABLES Y MATERIALES	
571	DESECHABLES Y MATERIALES	
572	DESECHABLES Y MATERIALES	
573	DESECHABLES Y MATERIALES	
574	DESECHABLES Y MATERIALES	
575	DESECHABLES Y MATERIALES	
576	DESECHABLES Y MATERIALES	
577	DESECHABLES Y MATERIALES	
578	DESECHABLES Y MATERIALES	
579	DESECHABLES Y MATERIALES	
580	DESECHABLES Y MATERIALES	
581	DESECHABLES Y MATERIALES	
582	DESECHABLES Y MATERIALES	
583	DESECHABLES Y MATERIALES	
584	DESECHABLES Y MATERIALES	
585	DESECHABLES Y MATERIALES	
586	DESECHABLES Y MATERIALES	
587	DESECHABLES Y MATERIALES	
588	DESECHABLES Y MATERIALES	
589	DESECHABLES Y MATERIALES	
590	DESECHABLES Y MATERIALES	
591	DESECHABLES Y MATERIALES	
592	DESECHABLES Y MATERIALES	
593	DESECHABLES Y MATERIALES	
594	DESECHABLES Y MATERIALES	
595	DESECHABLES Y MATERIALES	
596	DESECHABLES Y MATERIALES	
597	DESECHABLES Y MATERIALES	
598	DESECHABLES Y MATERIALES	
599	DESECHABLES Y MATERIALES	
600	DESECHABLES Y MATERIALES	

CASRN-DG-A-02

***instru*tivo**

1. Anotar el número del año al que corresponda el ejercicio donde se aplica.
2. Anotar el presupuesto aceptado por la SECRETARIA DE FINANZAS por partida del gasto.
3. Resultado de la sumatoria de las cantidades de las columnas que le preceden.

Elabora
 Centro De Asistencia Social
 Rafael Nieto

Distribución
 Original:
 Administración

Periodicidad
 Cada ejercicio fiscal y/o aumento o disminución de presupuesto.

Medio para obtener la forma
 Programa Power point, Windows XP.

Nombre del archivo
 Catálogo de Formas
 CASRN-DG-A-02.

CASRN-DG-A-03

Formato de Bitácora

Objetivo Llevar un control de entradas y salidas; así como el mantenimiento del vehículo.

FECHA	ASUNTO	HR. SALIDA	KM INICIAL	HR. LLEGADA	KM FINAL	NOMBRE
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

CASRN-DG-A-03

instructivo

- 1.- Fecha: Día, mes y año en que se utiliza el vehículo.
- 2.- Asunto: Motivo por el cual se utiliza el vehículo; hacia donde se dirige. Pueden ser uno o varios asuntos(debe ser muy específico y claro).
- 3.- Hr Salida: Hora y minuto en el cual sale del Instituto.
- 4.- Km Inicial: Kilometraje con el que cuenta el vehículo al salir del Instituto.
- 5.- Hr Llegada: Hora y minuto en el cual llega al Instituto.
- 6.- Km Final: Kilometraje con el que cuenta el vehículo al llegar al Instituto.
- 7.- Nombre: Persona que conduce el vehículo.

Elabora

Centro De Asistencia Social
Rafael Nieto

Distribución

Original:
Administración

Periodicidad

Diario.

Medio para obtener la forma

Programa Power Point, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas
CASRN-DG-A-03

CASRN-DG-A-04

Formato de Bitácora

Objetivo Llevar un control de entradas y salidas de insumos necesarios para los niños.

ENTRADAS		
FECHA	CONCEPTO	CANTIDAD
(1)	(2)	(3)
SALIDAS		
FECHA	CONCEPTO	CANTIDAD
(1)	(2)	(3)

- 1.- Fecha: Día, mes y año en que entra o sale algún alimento del almacén.
- 2.- Asunto: Especificación del alimento que entra o sale.
- 3.- Cantidad: Que cantidad de cada alimento entra en el almacén y que cantidad se va consumiendo.

Elabora

Centro De Asistencia Social
Rafael Nieto

Distribución

Original:
Administración

Periodicidad

Según la frecuencia de entradas
y salidas.

***Medio para obtener
la forma***

Windows XP

Nombre del archivo

Catálogo de Formas
CASRN-DG-A-04



CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO

CATALOGO de Formas

APLICADO A:
PREFECTURA

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., ABRIL 2018.

Formato de Reporte Especial

Objetivo Nos permite dar detalles de alguna actividad específica y detallar tanto al o los involucrados y el motivo del reporte.

REPORTES ESPECIAL fecha
(1)

NOMBRE DEL REPORTADO (2)

Especifique: _____

_____ 3 _____

Prefecto que Reporto: (4)

Nombre y Firma

instructivo

1. Fecha: Especificar el día, mes y año en que se utiliza el vaciado diario de información.
2. Nombre del Reportado: Nombre del menor que se desea reportar.
3. Especifique: Narrar los hechos que se están reportando
4. Firma: Firma del prefecto que reporta.

Elabora

Centro De Asistencia Soc.
Rafael Nieto

Distribución

Original:

Prefectura

1a Copia:

Archivo.

Periodicidad

Diario.

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows 7.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas
CASRN-DG-PREF-02

CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO

CATALOGO de Formas

APLICADO A:
PSICOLOGÍA


SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., ABRIL 2018.

CASRN-DG-AP-01

FORMATO DE ENTREVISTA

Objetivo

Obtener datos de preferencia de los padres del menor si la situación legal lo permite acerca de cada uno de los integrantes de la familia, sus relaciones y ambiente familiar, escolar, social, así como el desarrollo físico y psicológico del menor, desde su concepción hasta la edad actual.

 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO	
HISTORIA CLINICA INFANTIL	
Fecha de evaluación	(1)
Nombre del menor	(2)
Fecha de nacimiento	(3)
Edad (años y meses)	(4)
Causa de ingreso	(5)
Dirección	(6)
Teléfono	(7)
Fecha de Ingreso al Albergue	(8)
PERSONA QUE RESPONDE AL CUESTIONARIO	
Nombre	(9)
Relación con el menor	(10)
Dirección	(11)
Teléfono	(12)
MOTIVO DE CONSULTA	
Por qué busca ayuda para el niño?	(13)
Quién le recomendó nuestro servicio?	(14)
Qué tipo de servicio busca para el niño? (cambio de colegio, terapia, examen psicológico, evaluación de la custodia, etc.)	(15)
PADRES	
Nombre de la madre	(16)
Dirección	(17)
Teléfono	(18)
Profesión	(19)
Centro de trabajo	(20)

FORMATO DE ENTREVISTA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO

Trabajos anteriores _____ (21)
Nivel de estudios _____ (22)

Nombre del padre _____ (23)
Dirección _____ (24)
Teléfono _____ (25)
Profesión _____ (26)
Centro de trabajo _____ (27)
Trabajos anteriores _____ (28)
Nivel de estudios _____ (29)

PERSONAS RESPONSABLES DEL MENOR
Con qué adultos vive el niño? _____ (30)
Nombre _____ (31)
Dirección _____ (32)
Teléfono _____ (33)
Profesión _____ (34)
Centro de trabajo _____ (35)
Trabajos anteriores _____ (36)
Nivel de estudios _____ (37)


Nombre _____ (38)
Dirección _____ (39)
Teléfono _____ (40)
Profesión _____ (41)
Centro de trabajo _____ (42)
Trabajos anteriores _____ (43)
Nivel de estudios _____ (44)

Cuánto tiempo hace que vive en esta situación? _____ (45)

CUIDADO DEL MENOR
Si las personas responsables del menor, trabajan fuera de casa, por favor, complete la siguiente información.

Quién cuida del niño cuando se van los responsables? _____ (46)

FORMATO DE ENTREVISTA


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO

Durante cuántas horas al día está el niño en esta situación? _____ (47)

Cuántas personas diferentes se encargan del menor? (por favor explíquelo) _____ (48)

HISTORIA FAMILIAR
Se lleva mejor el niño con uno de los padres que con el otro? _____ (49)
Con cuál? _____ (50)

Ha vivido el niño experiencias de separación, divorcio o muerte de los padres? _____ (51)
Qué edad tenía el niño en ese momento? _____ (52)
Por favor describa las circunstancias _____ (53)

Si los padres están separados o divorciados, quién tiene la custodia del niño? _____ (54)

Cuántas parejas estables ha tenido? _____ (55)
Con qué frecuencia ve el otro padre al niño? _____ (56)
O Semanalmente o más seguido O Una o dos veces al mes
O Pocas veces al año O Nunca

HERMANOS
Anote los datos de todos los hermanos y cualquier otro niño que viva con la familia. _____ (57)

Nombre	Relación con el niño	Edad	Sexo	Vive con él
_____	_____	_____	_____	_____


_____ (58)

Cómo se lleva el niño con ellos? _____ (59)

RESIDENCIA DEL NIÑO
O piso o apartamento O Albergue
O Casa unifamiliar O Otra (60)

Cuánto tiempo lleva en la residencia actual? _____ (60)

FORMATO DE ENTREVISTA


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO

RELACIONES FAMILIARES (61)

Cine Comidas Conversaciones
 Visitas a familiares T.V. Juegos
 Deportes Viajes Actos religiosos

Otros _____

Cada cuánto tiempo ve el niño a los abuelos? (62)
 Semanalmente o más a menudo
 Una o dos veces al mes
 Pocas veces al año
 Nunca
 No vive ninguno de los abuelos

Qué es lo que más le gusta a Usted del niño? (63)

Qué es lo que le resulta más difícil en la educación del niño? (64)

Qué le gustaría que fuera cuando sea mayor? (65)

Qué grado de educación espera que pueda alcanzar el menor?
 Educación secundaria obligatoria Formación profesional
 Bachillerato equivalente Universidad o estudios equivalentes

Quién se encarga de la disciplina en casa? (66)


Están de acuerdo todas las personas que cuidan al niño con el tipo de disciplina? (67)

Describe las técnicas de disciplina (68)

EMBARAZO (69)

Fue un embarazo deseado? No Sí

FORMATO DE ENTREVISTA


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO

Tuvo la madre supervisión médica? No Sí

Número de embarazos y abortos anteriores: _____ (70)

Indique si se produjo alguna de las siguientes complicaciones durante el embarazo: (71)

Dificultad para quedar embarazada Toxemia
 Sarampión Aumento excesivo de peso
 Hinchazón excesiva Vómitos excesivos
 Gripe Rubéola
 Otras (Incompatibilidad del Rh) Problemas emocionales
 Sangrado vaginal Anemia
 Hipertensión arterial
 Hospitalización durante el embarazo. Razón.
 Rayos X. En que mes?
 Sufrió lesiones la madre? Describalas
 Medicación durante el embarazo. De qué tipo?
 Bebió alcohol durante el embarazo. Con qué frecuencia?
 Fumo tabaco durante el embarazo. Con qué frecuencia?
 Otras drogas usadas durante el embarazo. Tipo y frecuencia.


NACIMIENTO (72)

Cuando nació el niño, qué edad tenía la madre? _____ Edad del padre? _____
 Qué edad tenía la madre cuando tuvo su primer hijo? _____
 Nació en un hospital? Dónde? _____
 Duración del embarazo (en semanas) _____
 Duración del parto (en horas) _____ Gr. _____ Puntuación APGAR _____
 Peso del niño al nacer: Kg. _____ Gr. _____
 Estado del niño al nacer _____
 Estado de la madre _____

Indique si se produjo alguna de las siguientes complicaciones durante el parto: (73)

Uso de fórceps. Nacimiento de nalgas.
 Parto inducido Parto por cesárea.
 Incubadora. Cuánto tiempo?
 Ictericia: Alteración de la bilirrubina.
 Problemas respiratorios justo después de nacer? Describalos.

FORMATO DE ENTREVISTA


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO

Se uso anestesia durante el parto? De qué tipo? (74) _____
 Duración de la estancia en el hospital. Madre: (75) _____ Niño: _____

DESARROLLO
A qué edad hizo por primera vez el niño lo siguiente? Por favor, indique los meses o los años de edad. (76)


Darse la vuelta _____
 Sentarse por sí mismo _____
 Gatear _____
 Ponerse de pie _____
 Caminar por sí mismo _____
 Subir escaleras _____
 Bajar escaleras _____
 Mostrar interés o sentirse atraído por los sonidos _____
 Comprender las primeras palabras _____
 Hablar usando frases _____

Se crió con pecho _____ O No _____ O Si _____
 Cuándo fue destetado? _____
 Se crió con biberón? _____ O No _____ O Si cuándo lo dejó? _____
 Cuándo dejó los pañales? Día _____ Noche _____
 Se orinó en la cama después de dejar los pañales? O No _____ O Si _____
 Se ensució en la cama después de dejar pañales? O No _____ O Si _____
 Hubo razones médicas para que pase lo anterior? O No _____ O Si _____

Ha sufrido el niño alguno de los siguientes problemas. En caso afirmativo, por favor descríbalos. (77)

Dificultad para caminar	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Poca claridad en el habla	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Problemas de alimentación	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Problemas de bajo peso	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Problemas de sobrepeso	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Cólicos	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Problemas para dormir	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Trastornos alimenticios	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Dificultad para aprender a montar en bicicleta	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Dificultad para aprender a saltar	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Dificultad para aprender a tirar o atrapar pelotas	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si

FORMATO DE ENTREVISTA


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO

Durante los primeros cuatro años, notó algún problema especial en alguna de las siguientes áreas? En caso afirmativo, por favor descríbalos. (78)

Comida	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Coordinación motora	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Demasiadas horas de sueño	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Pataletas	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Pocas horas de sueño	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Problemas en el crecimiento	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Separado de los padres	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Llanto excesivo	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
Qué mano usa para escribir	<input type="radio"/> D	<input type="radio"/> I
Para comer	<input type="radio"/> D	<input type="radio"/> I
Para otras actividades	<input type="radio"/> D	<input type="radio"/> I
Le han forzado a cambiar de mano para escribir?	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si


HISTORIAL MEDICO
Enfermedades o lesiones infantiles.
Por favor, marque las enfermedades que haya tenido el niño e indique la edad. (79)

<input type="radio"/> Sarampión	<input type="radio"/> Fiebre reumática
<input type="radio"/> Rubéola	<input type="radio"/> Difteria
<input type="radio"/> Paperas	<input type="radio"/> Meningitis
<input type="radio"/> Varicela	<input type="radio"/> Encefalitis
<input type="radio"/> Anemia	<input type="radio"/> Tuberculosis
<input type="radio"/> Tos ferina	<input type="radio"/> Escarlatina
<input type="radio"/> Fiebre superior a 4° C	<input type="radio"/> Lesión en la cabeza (describa)
<input type="radio"/> Coma o pérdida de conciencia	<input type="radio"/> Fiebre alta constante (describa)


Por favor, describa cualquier otra enfermedad grave u operación y la edad que tenía el niño en ese momento. _____ (80)

Ha estado tomando el niño medicamentos durante mucho tiempo? (5 meses)
 En caso afirmativo, de qué tipo? _____ (81)


FORMATO DE ENTREVISTA

 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO			
Indique si el niño sufre actualmente alguno de los siguientes problemas y si es así, indique con qué frecuencia.			
Respiratorios. (82)			
Resfriado frecuentes	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Tos Crónica	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Asma	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Fiebre del heno	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Sinusitis	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Cardiovasculares (83)			
Falta de respiración o mareo después de un esfuerzo físico.	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Actividad limitada por problemas cardíacos	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Soplo en el corazón	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Gastrointestinales (84)			
Vómito excesivo	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Diarrea frecuente	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Estreñimiento	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Dolor de estómago	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Genitourinarios (85)			
Orinarse encima o en la cama	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Orina con excesiva frecuencia	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Dolor al orinar	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Orina con olor fuerte	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Musculoesqueléticos (86)			
Dolor muscular. Cuándo y dónde?	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Marcha torpe	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Mala postura	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Otros problemas musculares	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Describalos _____			

FORMATO DE ENTREVISTA

 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO			
Dermatológicos (87)			
Salpullidos frecuentes	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Le salen moretones fácilmente	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Llagas	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Acné severo	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Picor de piel (eczema)	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Neurológicos (88)			
Ataques o convulsiones	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Defectos del habla	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Propensión a accidentes	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Se muere las uñas	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Se chupa el dedo	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Rechina los dientes	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Tiene tics nerviosos	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Se golpea la cabeza	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Se mece	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Descontrol de esfínteres	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Ha tomado medicamentos para aumentar su actividad	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Cuándo? _____			
Qué medicamentos? _____			
Ha tomado el niño tranquilizantes, _____ Cuándo? _____			
Qué medicamentos? _____			
Ha tomado el niño tranquilizantes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si			
Alérgicos (90)			
A medicamentos	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
A la comida	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Otras alergias	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Si, describa _____			
Si, describa _____			
Si, describa _____			
Auditivos (91)			
Infecciones del oído	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Problemas de audición	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Tubos de drenaje	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Fecha del último examen de audición _____			

FORMATO DE ENTREVISTA


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO

Visuales (92)

Problemas visuales No Si
Usa gafas o lentes de contacto No Si

Fecha del último examen de la vista _____

CUIDADO MÉDICO (93)

Médico del niño _____
Dirección _____
Teléfono _____
Con qué frecuencia va al médico _____
Fecha de la última visita _____
Está tomando algún medicamento No Si (94)
Indique tipo y motivo _____


Ha recibido tratamiento psicológico No Si (95)
En caso afirmativo, indique el nombre del terapeuta _____
Dirección _____ Teléfono _____
Tipo de tratamiento _____
Cuándo lo recibió _____

Le han hecho al niño algún examen neurológico No Si (96)
En caso afirmativo, nombre del neurólogo _____
Fecha del examen _____ Ciudad _____
Razón del examen _____

Le han hecho al niño algún examen psicológico No Si (97)
En caso afirmativo, nombre del profesional _____
Fecha del examen _____ Ciudad _____

SALUD FAMILIAR (98)
Ha sufrido algún miembro de la familia cualquiera de los siguientes problemas. En caso afirmativo, por favor, especifique la relación de esa persona con el niño. Si el niño no vive con sus padres biológicos, por favor incluya si es posible la información sobre la salud de los mismos.

FORMATO DE ENTREVISTA


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO

Cáncer Enfermedad de Tay – Sachs
 Fibrosis quística Síndrome de Tourette
 Diabetes Problemas congénitos
 Enfermedad coronaria Parálisis cerebral
 Hipertensión arterial Abuso de drogas o alcohol
 Enfermedades renales Trastorno de conducta
 Migraña Trastornos emocionales
 Esclerosis Múltiple Enfermedad mental
 Incapacidad física Retraso Mental
 Enfermedades cerebro Nerviosismo

vasculares Ataques o epilepsia
 Tuberculosis Enfermedad de Alzheimer Problemas de lectura
 Hemofilia Problemas de aprendizaje
 Corea de Huntington Problemas del habla o de lenguaje
 Distrofia muscular Alergia alimentaria
 Enfermedad de parkinson Traumatismo craneoencefálico
 Anemia de células falciformes Otros (describalos)

Describe el estado de salud actual del padre _____ (99)
Describe el asunto de salud actual de la madre _____ (100)
Ha recibido alguno de la familia educación especial? No Si (101)
En caso afirmativo, quién? _____ (102)
Qué tipo de educación? _____ (103)

AMISTADES (104)
Por favor, indique cómo se relaciona el niño con otros niños. _____ (104)


Tiene problemas para relacionarse o jugar con otros niños? No (105) Si

En caso afirmativo, describalos _____


Se pelea frecuentemente con otros niños No Si (106)
Prefiere jugar con niños más pequeños No Si (107)
Le cuesta trabajo hacer amigos No Si (108)
Prefiere jugar solo No Si (109)
Hay otros niños en el vecindario con los que podría jugar No Si (110)

Qué papel desempeña en los juegos de grupo (líder, agresor, pasivo, etc.). _____ (111)


FORMATO DE ENTREVISTA

	
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO	
AFICIONES E INTERESES (112)	
Qué actividades le gustan al niño? _____	
Deportes _____	
Aficiones y pasatiempos _____	
Otros _____	
Ha disminuido últimamente el interés del niño por participar en esas actividades? _____	
En caso afirmativo, descríbalos _____	
CONDUCTA Y TEMPERAMENTO (113)	
Por favor indique si el niño muestra cualquiera de las siguientes conductas.	
Se sobreexcita fácilmente en el juego	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Parece demasiado activo en el juego	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Le cuesta mantener la atención	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Parece impulsivo	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Se descontrola	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Reacciona con exageración ante un prob.	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Esta triste la mayor parte del tiempo	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Se siente incómodo con gente nueva	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Demuestra afecto	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Requiere mucha atención de los padres	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Oculto sus sentimientos	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Tiene miedos	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
En caso afirmativo, descríbalos _____ (114)	
Qué provoca el enfado del niño? _____ (115)	
HABILIDADES ADAPTATIVAS (116)	
Por favor, indique si el niño realiza las siguientes actividades	
Se viste solo	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Se baña solo	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Compra regalos para otros	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí

FORMATO DE ENTREVISTA

	
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO	
Ayuda en las tareas del hogar	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Sabe obtener ayuda o llegar a casa solo	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Tiene buenos modales	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Dice "por favor" y "gracias"	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Sabe leer la hora correctamente	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
Recibe el niño dinero para sus gastos	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
HISTORIA ESCOLAR	
Educación Infantil	
Asiste o asistió a una escuela infantil?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí (117)
Mostró algún problema?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí (118)
En caso afirmativo, descríbalos _____	
Educación primaria y secundaria	
Por favor, indique si el niño ha vivido alguna de las siguientes experiencias escolares:	
Ha cambiado de colegio por razones distintas a una progresión académica normal?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí (119)
En caso afirmativo, cuándo y por qué? _____ (120)	
Ha repetido algún curso escolar?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí (121)
En caso afirmativo, cuándo y por qué? _____ (122)	
Se ha saltado un curso escolar?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí (123)
En caso afirmativo, cuándo y por qué? _____ (124)	
Tiene dificultades de lectura?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí (125)
En caso afirmativo, cuándo y por qué? _____ (126)	
Obtiene malas notas?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí (127)
Describe los resultados de sus últimas notas o calificaciones _____ (128)	

FORMATO DE ENTREVISTA

 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO	
Ha sido evaluado para adaptaciones curriculares o educación especial?	(129)
O No	O Si
En caso afirmativo, cuándo	(130)
Actualmente va a clases de apoyo o de educación especial?	O No O Si (131)
En caso afirmativo, qué tipo de clases	(132)
Le molesta ir a la escuela?	O No O Si (133)
Falta frecuentemente a la escuela?	O No O Si (134)
En caso afirmativo, por qué razón?	(135)
Si está en bachillerato o su equivalente, cuánto le falta por terminar	(136)
Le preocupa la calidad de la escuela o de los profesores del niño?	(137)
Describe sus razones	(138)
	(139)
Aplicó: _____	

DATOS DE IDENTIFICACION

- Fecha de evaluación: Anotar la fecha en que se esta llevando a cabo la entrevista.
- Nombre del menor: Escribir el nombre completo del niño.
- Fecha de nacimiento: Anotar la fecha en que nació: Día, mes y año
- Edad: Anotar la edad del niño especificando los años y los meses cumplidos.
- Causas del ingreso: Especificar las causas que originaron la necesidad de que el niño ingresara a esta institución.
- Dirección: Anotar el domicilio actual del niño: calle, número y colonia en donde vive.
- Teléfono: Anotar el numero telefónico de casa si lo tiene, de lo contrario cualquier otro donde se pueda localizar a su familia o un teléfono celular.
- Fecha de ingreso: Escribir la fecha en que el niño entro al albergue como interno o como alumno externo. Día, mes y año.

PERSONA QUE RESPONDE EL CUESTIONARIO

- Nombre: Anotar el nombre de la persona que acudió a la entrevista.
- Relación con el menor: Indicar el parentesco de la persona que da la información, con el niño.

Elabora

Centro de Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:
Psicología

1a Copia:
Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-01.

CASRN-DG-AP-01**instru**

11. Dirección: Calle, número y colonia en donde vive.
12. Teléfono: Anotar si hay algún teléfono donde se le pueda localizar, particular o del trabajo.
- MOTIVO DE CONSULTA
13. Por qué busca ayuda para el niño: Especificar la razón por la que considera que su hijo requiere de ayuda en el área de psicología.
14. Quién refirió al niño: Anotar el nombre de la persona (padres, maestros, dirección, etc.) que solicitó el servicio de psicología para el menor.
15. Qué tipo de servicio busca para el niño? Cambio de colegio, terapia, examen psicológico, evaluación de la custodia, etc.): Anotar, si existe, alguna necesidad específica acerca del apoyo para el menor.
- PADRES
16. Nombre de la madre: Nombre completo de la madre del menor.
17. Dirección: Calle, número y colonia en donde vive.
18. Teléfono: Anotar si hay algún número donde se le pueda localizar, particular o de trabajo.
19. Profesión: A qué se dedica la madre del menor, si tiene alguna profesión.
20. Centro de trabajo: En qué lugar labora
21. Trabajos Anteriores: Otros trabajos, oficios, en los que laboró tiempo atrás.
- .

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:
Psicología

1a Copia:
Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-01.

CASRN-DG-AP-01**instru**

22. Nivel de estudios: Anotar qué grado de estudios tiene, si fueron concluidos o truncados
23. Nombre del padre: Nombre completo del padre del menor.
24. Dirección: Calle, número y colonia en donde vive.
25. Teléfono: Anotar si hay algún número donde se le pueda localizar, particular o de trabajo.
26. Profesión: A qué se dedica la madre del menor, si tiene alguna profesión.
27. Centro de trabajo: En qué lugar labora
28. Trabajos Anteriores: Otros trabajos, oficios, en los que laboró tiempo atrás.
29. Nivel de estudios: Anotar qué grado de estudios tiene, si fueron concluidos o truncados.
- PERSONAS RESPONSABLES DEL MENOR
30. Con qué adultos vive el niño: Anotar claramente quiénes son los demás miembros adultos de la familia que también viven en su casa, aparte de sus padres.
31. Nombre: nombre completo de la persona.
32. Dirección: Calle, número y colonia en donde vive.
33. Teléfono: anotar si hay algún número donde se le pueda localizar, particular o de trabajo.
34. Profesión: A qué se dedica la madre del menor, si tiene alguna profesión.
35. Centro de trabajo: En qué lugar labora
36. Trabajos Anteriores: Otros trabajos, oficios, en los que laboró tiempo atrás.
37. Nivel de estudios: Anotar qué grado de estudios tiene, si fueron concluidos o truncados.

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:
Psicología

1a Copia:
Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-01.

38. Nombre: Nombre completo de la persona.
39. Dirección: Calle, número y colonia en donde vive.
40. Teléfono: Anotar si hay algún número donde se le pueda localizar, particular o de trabajo.
41. Profesión: A qué se dedica la madre del menor, si tiene alguna profesión.
42. Centro de trabajo: En qué lugar labora
43. Trabajos Anteriores: Otros trabajos, oficios, en los que laboró tiempo atrás.
44. Nivel de estudios: Anotar qué grado de estudios tiene, si fueron concluidos o truncados.
45. Cuánto hace que vive en esta situación: Indicar el tiempo que lleva el niño viviendo con estas personas.
- CUIDADO DEL MENOR:**
46. Quién cuida del niño cuando se van los responsables: Anotar el nombre de la persona que lo cuida mientras no están los padres o tutor en casa.
47. Durante cuántas horas al día está el niño en esta situación: El tiempo en horas en el que el niño está a cargo de dicha persona.
48. Cuántas personas diferentes se encargan del menor: Anotar el número y el parentesco de estas personas con el niño.
- HISTORIA FAMILIAR**
49. Se lleva mejor el niño con uno de los padres que con el otro: contestar sí en caso de que haya un mejor vínculo entre el menor y uno de los padres o no si es inexistente o mala con ambos.
50. Con cuál: Anotar si su relación es mejor con el padre o con la madre.
51. Ha vivido experiencias de separación, divorcio o muerte de los padres: contestar sí o no

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:

Psicología

1a Copia:

Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-01.

52. Qué edad tenía el niño en ese momento: la edad del menor justo cuando ocurrió el evento de separación, divorcio, etc.
53. Describa las circunstancias: Relatar las condiciones del menor y del entorno familiar cuando sucedió el evento, tanto a nivel de relaciones como emocionalmente hablando.
54. Si los padres están separados o divorciados, quién tiene la custodia del niño: Especificar quien de los padres tiene la custodia del menor.
55. Cuántas parejas estables ha tenido: mencionar el número de parejas (constantes, consolidadas) que ha tenido el padre que esta a cargo del menor.
56. Con qué frecuencia ve el otro padre al niño: Señalar dentro del círculo la respuesta entre las opciones que se indican.
- HERMANOS**
57. Anota los datos de todos los hermanos y cualquier otro niño que viva con la familia: Anotar el nombre completo, el parentesco con el menor, la edad, sexo y si vive con él.
58. Cómo se lleva el niño con ellos: Anotar si existe comunicación y lazos de afecto entre ellos, o si pelean mucho, hay alianzas, distanciamiento o indiferencia. Si alguno de ellos es de su preferencia o si siente rechazo por alguno.
59. Residencia del niño: Señalar dentro del círculo la respuesta entre las opciones que se indican.
60. Cuánto tiempo lleva en la residencia actual? Escribir el tiempo que lleva viviendo en esta casa o vivienda.
61. Relaciones familiares: Señalar dentro del círculo la respuesta entre las opciones que se indican como actividades dentro del sistema familiar.
62. Cada cuánto tiempo ve el niño a los abuelos: Señalar dentro del círculo la respuesta entre las opciones indicadas.

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:

Psicología

1a Copia:

Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-01.

63. Qué es lo que más le gusta a Usted del niño: Señalar qué es lo que más le atrae, disfruta o agrada al adulto del menor.
64. Qué es lo que le resulta más difícil en la educación del niño: Anotar aquellos aspectos que le parezca que le complican el manejo y la educación del menor.
65. Qué le gustaría que fuera cuando sea mayor: Anotar qué desea que el menor llegue a ser cuando crezca y señalar dentro del círculo la respuesta dentro de las opciones para el nivel académico que desea que alcance.
66. Quién se encarga de la disciplina en casa: Nombre y parentesco de la persona que se encarga de disciplinar, aplicar sanciones etc.
67. Están de acuerdo todas las personas que cuidan al niño con el tipo de disciplina: Contestar si si existe unificación de criterios para el manejo de la disciplina o no si no lo hay.
68. Describa las técnicas de disciplina: Explicar el tipo de técnicas que emplea para disciplinar, tipos de castigo, etc.
- EMBARAZO
69. Fue un embarazo deseado: Elegir la respuesta y señalar dentro del círculo, sí o no.
70. Tuvo la madre supervisión médica: Elegir la respuesta y señalar dentro del círculo sí o no.
71. Indique si se produjo alguna de las siguientes complicaciones durante el embarazo: Señalar dentro del círculo la o las respuestas entre las opciones presentadas.
72. Nacimiento: Escribir las respuestas específicas a las preguntas acerca de este punto.
73. Indique si se produjo alguna de las siguientes complicaciones durante el parto: Señalar dentro del círculo la o las respuestas entre las opciones presentadas.

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:

Psicología

1a Copia:

Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-01.

74. Se uso anestesia durante el parto, de qué tipo: contestar si o no y el tipo de anestesia utilizada.
75. Duración de la estancia en el hospital de la madre y el hijo.
- DESARROLLO
76. A qué edad hizo por primera vez el niño lo siguiente, indicar meses o años de edad: Escribir en cada reactivo la edad del menor en meses o años .
77. Ha sufrido el niño alguno de los siguientes problemas. En caso afirmativo, por favor describalo: Señalar si o no dentro del círculo a cada reactivo, si es necesario escribir detalles acerca de ese punto.
78. Durante los primeros cuatro años, notó algún problema especial en alguna de las siguientes áreas? En caso afirmativo, describalo: Señalar dentro del círculo la respuesta entre las opciones sí o no, derecha o izquierda.
- HISTORIAL MEDICO
79. Por favor, marque las enfermedades que haya tenido el niño e indique la edad: Señalar dentro del círculo la o las respuestas entre las opciones presentadas.
80. Por favor, describa cualquier otra enfermedad grave u operación y la edad que tenía el niño en ese momento: Especificar si ha sufrido alguna otra enfermedad, tipo de cirugía, etc., así como su edad en ese momento.
81. Ha estado tomando el niño medicamentos durante mucho tiempo, de qué tipo: Anotar si ha estado tomando medicamento por 5 meses o más , con qué fin se administraba y el tipo del mismo.
- PROBLEMAS DE SALUD
82. Respiratorios: Señalar dentro del círculo la respuesta si o no en cada reactivo.
83. Cardiovasculares: Señalar dentro del círculo la respuesta si o no en cada reactivo.

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:

Psicología

1a Copia:

Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-01.

CASRN-DG-AP-01***instru*ctivo**

84. Gastrointestinales: Señalar dentro del círculo la respuesta sí o no en cada reactivo.
85. Genitourinarios: Señalar dentro del círculo la respuesta sí o no en cada reactivo.
86. Musculo esqueléticos: Señalar dentro del círculo la respuesta sí o no en cada reactivo.
87. Dermatológicos: Señalar dentro del círculo la respuesta sí o no en cada reactivo.
88. Neurológicos: Señalar dentro del círculo la respuesta sí o no en cada reactivo.
89. Si ha tomado medicamentos para aumentar su actividad, indicar cuándo, qué tipo de medicamentos, si han sido tranquilizantes, indicar cuánto tiempo y el nombre del medicamento.
90. Alérgicos: Señalar dentro del círculo la respuesta sí o no en cada reactivo.
91. Auditivos: Señalar dentro del círculo la respuesta sí o no en cada reactivo y anotar la fecha del último examen de audición si es que se le practicó alguno.
92. Visuales: Señalar dentro del círculo la respuesta sí o no en cada reactivo.
93. Cuidado médico: Anotar el nombre de su médico, si es que lo tiene, así como su dirección y teléfono. La frecuencia con que asiste a consulta y la fecha de la última.
94. Está tomando algún medicamento, indicar tipo y motivo: contestar sí o no e indicar el nombre del medicamento y la razón de su receta.
95. Ha recibido tratamiento psicológico: Contestar sí o no e indicar el nombre del profesional que le atendió así como sus datos para localizarle y el tipo de tratamiento que se le dio.

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:

Psicología

1a Copia:

Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-01.

CASRN-DG-AP-01***instru*ctivo**

96. Le han hecho al niño algún examen neurológico: Señalar sí o no, anotar también el nombre del neurólogo que le realizó la prueba y la fecha del mismo.
- SALUD FAMILIAR.**
98. Ha sufrido algún miembro de la familia cualquiera de los siguientes problemas. En caso afirmativo, por favor especifique la relación de esa persona con el niño. Si el niño no vive con sus padres biológicos, incluya la información sobre la salud de los mismos.
99. Describa el estado de salud actual del padre: Especificar si está sano o sufre de algún problema de salud.
100. Describa el estado de salud actual de la madre: Especificar si está sana o sufre de algún problema de salud.
101. Ha recibido alguno de la familia educación especial. Contestar sí o no.
102. En caso afirmativo, quién: Anotar el nombre completo de la persona que ha recibido educación especial.
103. Qué tipo de educación: Detallar el tipo de apoyo pedagógico que recibió la persona antes mencionada.
- AMISTADES**
104. Por favor, indique cómo se relaciona el niño con otros niños: Si juega, se aísla, pelea, accede fácilmente a los deseos de otros niños o insiste en que las cosas se hagan en sus propios términos.
105. Tiene problemas para relacionarse o jugar con otros niños: Contestar sí o no.
106. Se pelea frecuentemente con otros niño: Contestar sí o no
107. Prefiere jugar con niños más pequeños: Contestar sí o no
108. Le cuesta trabajo hacer amigos: Contestar: Contestar sí o no

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:

Psicología

1a Copia:

Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-01.

CASRN-DG-AP-01**instructivo**

109. Prefiere jugar solo: Contestar sí o no
110. Hay otros niños en el vecindario con los que podría jugar: Contestar sí o no.
111. Qué papel desempeña en los juegos de grupo: Es líder, agresor, pasivo, tímido, etc.
112. Aficiones e intereses: Anotar que actividades prefiere el menor, su deporte favorito y si tiene algún hobbies o pasatiempos. Es importante señalar si ha disminuido su interés por realizar dichas actividades últimamente.
- CONDUCTA Y TEMPERAMENTO
113. Por favor indique si el niño muestra cualquiera de las siguientes conductas: Señalar dentro del círculo contestando sí o no según corresponda en cada reactivo.
114. Si tiene miedos, descríbalos: Detallar a qué o a quién le tiene miedo el menor, desde cuándo y las posibles razones.
115. Qué provoca el enfado del niño: Anotar aquello que haga que el menor se enfade o pierda el control.
- HABILIDADES ADAPTATIVAS
116. Por favor, indique si el niño realiza las siguientes actividades: Señalar dentro del círculo sí o no en cada reactivo.
- HISTORIA ESCOLAR
117. Asiste o asistió a una escuela infantil (kinder): Contestar sí o no
118. Mostró algún problema: Contestar sí o no, en caso afirmativo, describir (manifestó angustia, llanto ante la separación, etc.)
119. Ha cambiado de escuela por razones distintas a una progresión académica normal: Contestar sí o no
120. En caso afirmativo, cuándo y por qué: Anotar el momento en qué se encontraba y la edad.

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:

Psicología

1a Copia:

Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-01.

CASRN-DG-AP-01**instructivo**

121. Ha repetido algún curso escolar: Contestar sí o no.
122. En caso afirmativo, cuándo y por qué: Si repitió grado, anotar la razón y hace cuánto tiempo.
123. Se ha saltado un curso escolar: Contestar sí o no.
124. En caso afirmativo, cuándo y por qué: Si se ha saltado algún grado, anotar la razón y hace cuánto tiempo.
125. Tiene dificultades de lectura: Contestar sí o no.
126. En caso afirmativo cuándo y por qué: Si muestra dificultad para leer, anotar el motivo y el tiempo.
127. Obtiene malas notas: Contestar sí o no
128. Describe los resultados de sus últimas notas o calificaciones: Anotar sus calificaciones o su promedio.
129. Ha sido evaluado para adaptaciones curriculares o educación especial: Contestar sí o no
130. En caso afirmativo, anotar cuándo lo evaluaron.
131. Actualmente va a clases de apoyo o educación especial: Contestar sí o no.
132. En caso afirmativo, anotar que tipo de clases o cursos ha tomado.
133. Le molesta ir a la escuela: Contestar sí o no.
134. Falta frecuentemente a la escuela: Contestar sí o no
135. En caso afirmativo, anotar la razón por la que tiene problemas de asistencia.

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:

Psicología

1a Copia:

Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-01.

136. Si está en bachillerato o su equivalente, cuánto le falta por terminar: Anotar el tiempo que le resta para concluir este grado escolar.
137. Le preocupa la calidad de la escuela o de los profesores del niño: Contestar sí o no.
138. Anotar las razones por las cuales se inquieta al respecto.
139. Aplicó: Nombre y firma del psicólogo que realiza la entrevista.

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:

Psicología

1a Copia:

Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso

Medio para obtener la forma


Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-01.

FORMATO DE REPORTE PSICOLÓGICO

Objetivo Dar información por escrito acerca del estado psicológico del menor o paciente en relación a los datos obtenidos en la aplicación e interpretación de la batería de pruebas psicométricas y proyectivas, en la historia clínica y/o entrevista a padres y observación del menor que servirán de base para el diagnóstico y tratamiento próximo.

 MANUAL DE PROCEDIMIENTOS CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO FORMATO DE REPORTE PSICOLÓGICO AREA CLINICA	
1.-FICHA DE IDENTIFICACIÓN	(1)
NOMBRE DEL MENOR. EDAD. FECHA DE NACIMIENTO. ESCOLARIDAD ESCUELA LUGAR DE ORIGEN LUGAR DE RESIDENCIA. FUENTE DE INFORMACIÓN. FICHA DE INGRESO.	
2. MOTIVO DE CONSULTA	(2)
3. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	(3)
4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES.	(4)
5. EXAMEN MENTAL.	(5)
6. DESCRIPCION DEL PACIENTE.	(6)
7. ACTITUD DURANTE LA APLICACIÓN DE PRUEBAS.	(7)
8. RELACION DE PRUEBAS APLICADAS.	(8)
9. RESULTADO DE LAS PRUEBAS.	(9)
10. CONCLUSIONES.	(10)
11. FORMULACION DIAGNÓSTICA.	(11)
12 RECOMENDACIONES.	(12)
13 FIRMA DEL PSICOLOGO.	(13)

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Nombre y apellidos del menor.
 Edad: Edad exacta del menor.
 Fecha de nacimiento: Día, mes y año en que nació
 Escolaridad: Grado que cursa actualmente o el último que cursó.
 Escuela: Nombre de la escuela en la que estudia o estudió.
 Lugar de origen: Lugar dónde nació el menor.
 Lugar de residencia: En qué lugar vive actualmente
 Fuente de Información: Quién proporciona los datos e información sobre el menor.
 Fecha de Ingreso: Fecha exacta en que el menor ingreso al Instituto.
 Fecha del estudio: día, mes y año en que se realiza el reporte del menor.

2. MOTIVO DE CONSULTA:

Valoración e Integración del expediente si es un menor interno. Si es un menor externo, se pregunta al entrevistado la razón por la que se pide el apoyo al Departamento de Psicología.

3. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

Si el menor es interno canalizado por PRODEM, especificar y explicar brevemente la causa de su ingreso.
 Si el menor es externo, especificar en este apartado brevemente las razones por las que el menor es ingresado al Instituto y cómo vivía y con quién. Si existe algún problema en especial, describir cuál es y cómo se ha intentado solucionar y que resultados se han obtenido.

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:
 Psicología (Expediente del menor)

1a Copia:

Archivo.

Periodicidad

Anual

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-02.

4. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES:

Describir en este apartado si el menor pertenece a una familia integrada o desintegrada, por cuántos miembros, cuántos hermanos tiene, nombres de sus padres y hermanos, edades, ocupación.
 Tipo de relación entre los miembros de la familia, que dificultades existen, etc.
 Mencionar si el desarrollo del menor ha sido adecuado, recalcar algunos datos de importancia, si es que los hay desde que estaba en el vientre. Si es producto de un embarazo accidental o planeado, si se le quiso abortar, si su desarrollo se dio en condiciones adecuadas, etc.
 Académicamente, se anota como ha sido su actitud ante la escuela, desde que entró al kínder si es que lo hizo, si hubo angustia de separación, agresividad, etc. Su nivel de aprovechamiento en aquel entonces y actualmente.
 Mencionar cómo es su adaptación al Instituto.

5. EXAMEN MENTAL:

Si se encuentra ubicado, en persona, tiempo, espacio y ambiente. Describir si su motricidad es adecuada o existe algún problema al respecto. Si verbaliza adecuadamente con buen volumen o tono, si su volumen y tono de voz son bajos. Si su juicio esta alterado o sabe utilizarlo adecuadamente, si su pensamiento es lógico y secuencial, si se observan alucinaciones, fantasías, etc. Si es capaz de concentrarse y mantener su atención o si tiene dificultad en estos aspectos.

6. DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE:

Especificar en qué etapa del desarrollo se encuentra el menor, su edad cronológica, y si esta concuerda con la aparente.
 Estatura (alta, medio o baja) y complexión (robusta, delgada), algunos rasgos característicos en su físico (Color de piel, de ojos, de cabello, etc.), marcas o cicatrices observables.
 Expresar si se presentó aliñado y adecuadas condiciones de higiene o si su apariencia es sucia y desaliñada.

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:
 Psicología (Expediente del menor)

1a Copia:

Archivo.

Periodicidad

Anual

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-02.

7. ACTITUD DURANTE LA APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS:

Describir cómo se comportó el menor en las sesiones de evaluación: cooperador, tranquilo, optimista o por el contrario, agresivo, con poca tolerancia, pesimista, etc.

8. PRUEBAS APLICADAS:

Escribir la relación de las pruebas aplicadas en la valoración, comenzando con las de Inteligencia, Percepción y finalmente las proyectivas con el nombre completo y su autor.

9. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS:

PRUEBA DE INTELIGENCIA: WISC-RM

Anotar el Coeficiente Intelectual que obtuvo y a qué diagnóstico de inteligencia corresponde, así como la Edad Escalar Total que obtuvo en toda la prueba. Posteriormente se describe por subescalas, primero la verbal y posteriormente la ejecutiva. Se menciona si su C.I. corresponde o no a lo que se espera en niños de su edad y por qué. Especificar para que tipo de tareas posee mayor habilidad. Finalmente se describen las habilidades observadas en la escala verbal y ejecutiva respectivamente.

PRUEBAS DE PERCEPCIÓN:

BENDER

Si el Nivel de Maduración Visomotora corresponde o no a su edad cronológica. Si se observan signos de posible alteración a nivel perceptual y/o motor. Rasgos proyectivos de la prueba.

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:
Psicología
(Expediente del menor)

1a Copia:

Archivo.

Periodicidad

Anual

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-02.

FROSTIG

Si su Cociente de percepción se encuentra por arriba o por abajo del promedio. Si mostró retardos significativos en la ejecución de las pruebas, especificar en cuáles y que habilidades se observan poco trabajadas

PRUEBAS PROYECTIVAS

Resultados recabados de todas las pruebas proyectivas.

10. CONCLUSIONES:

Es un resumen de todo lo descrito anteriormente, breve.

11. FORMULACIÓN DIAGNOSTICA

La Historia Clínica, los resultados de las pruebas y la observación del paciente nos llevan a considerar que..... (describir el diagnóstico familiar y de la situación problemática del menor a partir de lo aplicado y observado).

12. RECOMENDACIONES:

Aquello que se sugiere para brindar un mejor apoyo al menor, tanto en el aspecto familiar, como psicológico, académico, legal, etc.

13. NOMBRE Y FIRMA DEL PSICOLOGO QUE ELABORA EL REPORTE

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:
Psicología
(Expediente del menor)

1a Copia:

Archivo.

Periodicidad

Anual

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-02.

FORMATO DE SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO

Objetivo

Dar información por escrito acerca de los avances, retrocesos y compromisos que se realizan con los niños en cada sesión.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO.

FORMATO DE SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO

Nombre del Menor: (1)	Fecha: (2)
Nombre del Psicólogo: (3)	No. Sesión: (4)
Tipo de Sesión: (5)	
Descripción: (6)	
Compromiso: (7)	
Firma del Niño: (8)	Firma del Psicólogo: (9)

- Nombre del menor: Nombre y apellidos del menor.
- Fecha: Día, mes y año de la sesión.
- Nombre del Psicólogo: Nombre y apellidos del Psicólogo.
- No. de Sesión: Anotar con número consecutivamente cada sesión, (1,2,3, etc.).
- Tipo de Sesión: Anotar alguno de los siguientes tipos según corresponda: Entrevista, juego, aplicación de pruebas o apoyo (académico, acompañamiento, etc.)
- Descripción: Registrar de manera sintética lo que se observó en la sesión, ejemplo: (reacciones conductuales, emocionales, comentarios, etc.).
- Compromisos: Anotar pequeñas tareas a las cuales se comprometen a realizar el menor y/o el psicólogo, para la siguiente sesión.
- Firma del menor: El menor escribe su nombre y apellidos.
- Firma del Psicólogo: Firma del psicólogo que elaboró el registro.

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:
Psicología

1a Copia:

Archivo.

Periodicidad

Cada sesión con el menor

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-04.

FORMATO DE SESIONES GRUPALES

Objetivo Dar información por escrito acerca de los avances, retrocesos y compromisos que se realizan con los niños en cada sesión.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO.

FORMATO DE SESIONES GRUPALES

Fecha _____ (1)	Participantes _____ (5)
Sesión No. _____ (2)	_____
Tema _____ (3)	_____
Duración _____ (4)	_____
Objetivo _____ (6)	
Material _____ (7)	
Desarrollo de la sesión _____ (8)	

Evaluación y casos especiales _____ (9)	

1. Fecha: Día, mes y año de la sesión
2. Sesión no. :Número de la sesión.
3. Tema: tema a tratar en la sesión.
4. Duración: tiempo de duración de la sesión grupal.
5. Participantes: Nombres y numero de participantes de cada sesión grupal
6. Objetivo: meta a cumplir con la sesión desarrollada.
7. Material: elementos y materiales necesarios para el desarrollo óptimo de la sesión.
8. Desarrollo de la sesión: breve resumen de la sesión grupal.
9. Evaluación y casos especiales: se hacen anotaciones sobre los casos especiales de cada sesión, y se evalúa a los niños en base al desarrollo de la sesión.

Elabora

Centro De Asistencia Social Rafael Nieto

Distribución

Original:
Psicología

1a Copia:

Archivo.

Periodicidad

Cada sesión con el menor

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas Documento CASRN-DG-AP-04.

CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO

CATALOGO de Formas

APLICADO A:
MÉDICA

SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P., ABRIL 2018.

CASRN-DG-AM-01

Hoja de Enfermería

Objetivo

Llevar registro por turno de todas las actividades del área de enfermería para asegurar el cumplimiento de los programas, objetivos y rutina de trabajo.

MODULO DE ATENCION DE ENFERMERIA
HOJA DE ENFERMERIA

NOMBRE: 1
 MEDICO TRATANTE: 3
 DIAGNOSTICO MEDICO: 3
 SIGNOS VITALES: 3
 T: 2 FC 2 FR 2 T/A 2 SO2 2 PESO 2 TALLA 2 IMC 2

tratamiento	PERIODO																	
	lunes		martes		miercoles		jueves		viernes		sabado		domingo					
	m	v	n	m	v	n	m	v	n	m	v	n	m	v	n	m	v	n

FIRMA RESP. DEL TURNO:

MEDIDAS TERAPEUTICAS: **5**

1. Llenado datos generales del paciente por interrogatorio directo: - Nombre, edad, fecha de nacimiento.
2. Llenado datos objetivos para la atención del paciente, por medio de aparatos clínicos necesarios para la medición de administraciones físicas: -IMC, peso y talla, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, Temperatura y presión arterial.
3. Médico tratante y diagnóstico médico.
4. Control del tratamiento farmacológico del paciente: Nombre del tratamiento, vía de admón., dosis, horario para administración escolares, turno responsable de la administración del fármaco y firma.
5. Nota anexa de medidas terapéuticas de la evolución del paciente.

Elabora

Centro De Asistencia Soc.
Rafael Nieto

Distribución

Original:
Médico

1a Copia:
Archivo.

Periodicidad

Quincenal

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas
CASRN-DG-AM-01.

CARTILLA DE SALUD ESCOLAR

Objetivo Llevar registro de la historia clínica del menor para asegurar el adecuado tratamiento y vigilancia médica.

CARTILLA DE SALUD ESCOLAR

FECHA DE APLICACIÓN DE LA CARTILLA

I. DATOS GENERALES

Nombre del alumno: _____

FOTO: _____

Sexo: _____ Lugar y fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Colegio: _____ CP: _____ Estado: _____

Celular: _____

Número de la escuela: _____ Grado y grupo: _____

Dirección de la escuela: _____ Zona escolar: _____

Localidad: _____ Municipio: _____

Centro de salud de referencia: _____

II. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL ALUMNO Tipo de cuerpo: _____

Enfermedades que sufre frecuentemente: _____

Alergias: _____

Operaciones quirúrgicas: _____

Trastornos dentales: _____

III. DATOS FAMILIARES

Nombre padre: _____ Nombre madre: _____

Colegio padre: _____ Colegio madre: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Localidad: _____ Localidad: _____

Nacionalidad: _____ CP: _____ CP: _____

Nacionalidad: _____

IV. PATOLOGÍAS DEL GRUPO FAMILIAR

MEMBRO DEL GRUPO FAMILIAR	DIABETES	ASMA	ALERGIAS	ENFERMEDADES CARDÍACAS	ENFERMEDADES RENALES	ENFERMEDADES HEPÁTICAS	ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS	ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS
ABUELO MATerno								
ABUELO PATerno								
MADRE								
PADRE								
HERMANO MAYOR								
HERMANA MAYOR								
HERMANO MENOR								
HERMANA MENOR								
OTROS								

LEGENDA: M = MUELE, F = FEMEA, P = PADRE, M = MADRE

CARTILLA DE SALUD ESCOLAR

2011 AÑO DEL BICENTENARIO DEL NATALICIO DE PONCIANO ARRIAGA LEIGA

V. CONDICION LABORAL DEL ESCOLAR

TRABAJA DE NOCHE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	SÍ Y FORMAL DE TRABAJO		
TIPO DE TRABAJO	NOCTURNO	DIURNO	OTRO	OTRO	OTRO

VI. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE VIVE EL ESCOLAR

PAIS	ESTADO	MUNICIPIO	CALLE	OTRO
PAIS	ESTADO	MUNICIPIO	CALLE	OTRO
TIPO DE CALLE				
ASFA	TIPO DE CALLE	OTRO	OTRO	OTRO
OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO
OTRO	OTRO	OTRO	OTRO	OTRO

VII. APRENDIZAJE Y CONDUCTA

¿CÓMO SE DESARROLLA EL APRENDIZAJE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿CÓMO SE DESARROLLA EL APRENDIZAJE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿CÓMO SE DESARROLLA EL APRENDIZAJE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿CÓMO SE DESARROLLA EL APRENDIZAJE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿CÓMO SE DESARROLLA EL APRENDIZAJE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿CÓMO SE DESARROLLA EL APRENDIZAJE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿CÓMO SE DESARROLLA EL APRENDIZAJE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿CÓMO SE DESARROLLA EL APRENDIZAJE?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

VIII. ESQUEMA VACUNAL

ESQUEMA BÁSICO DE VACUNACIÓN	DOSES	FECHA DE VACUNACIÓN	OTRO
BCG	1		
SABIN	1		
OPV	1		
OTRO			

CARTILLA DE SALUD ESCOLAR

IX. DIAGNÓSTICO OCULAR Y SEGUIMIENTO EN RELACIÓN A LOS PROYECTOS DE SALUD ESCOLAR

A) ABILDEZA VISUAL

¿CÓMO SE DESARROLLA LA ABILDEZA VISUAL?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
¿CÓMO SE DESARROLLA LA ABILDEZA VISUAL?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿CÓMO SE DESARROLLA LA ABILDEZA VISUAL?

B) ABILDEZA AUDITIVA

¿CÓMO SE DESARROLLA LA ABILDEZA AUDITIVA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
¿CÓMO SE DESARROLLA LA ABILDEZA AUDITIVA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿CÓMO SE DESARROLLA LA ABILDEZA AUDITIVA?

C) DEFECTOS CONDICIONALES O POR POSTURAS INCORRECTAS

¿CÓMO SE DESARROLLA LA ABILDEZA AUDITIVA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
¿CÓMO SE DESARROLLA LA ABILDEZA AUDITIVA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿CÓMO SE DESARROLLA LA ABILDEZA AUDITIVA?

D) SALUD BUCAL

¿CÓMO SE DESARROLLA LA ABILDEZA AUDITIVA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI
¿CÓMO SE DESARROLLA LA ABILDEZA AUDITIVA?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿CÓMO SE DESARROLLA LA ABILDEZA AUDITIVA?

1. Este formato es llenado por el sector de salud que le corresponda a cada niño y en el Centro de asistencia social solamente se resguarda.

Elabora
 Centro De Asistencia Social
 Rafael Nieto

Distribución
 Original:
 Médica

Periodicidad
 Cada inicio de ciclo escolar

Medio para obtener la forma
 Programa Word y Excel, Windows XP.

Nombre del archivo
 Catálogo de Formas
 CASRN-DG-AM-03.

HOJA DE INGRESO

Objetivo

Que el área de enfermería mantenga un control y supervisión permanente de los niños.

Nombre: _____
 Edad: _____
 Sexo: _____
 Procedencia: _____ **1** _____
 Escolandad: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Fecha de ingreso: _____

Condiciones de ingreso, apariencia física general
 : _____
 _____ **2** _____

Se le dificulta relacionarse con compañeros o adultos: si () no ()
 Presenta problemas conductuales: si () no ()
 Practica algún deporte: si () no () **2**
 Higiene y alineación: Buena () Mala () Deficiente ()
 Recibe sus tres alimentos o mas (que es lo que come): si () no ()

Antecedentes personales patológicos:

 _____ **3** _____

HOJA DE INGRESO

Antecedentes heredo familiares:

_____ 4 _____

Valoración Física Intencionada: Valoración céfalo caudal.

Cabello: _____

Cuero Cabelludo: _____

Oídos: _____

Ojos: _____

Nariz: _____

Cavidad Oral: _____ 5 _____

Cuello: _____

Tórax: _____

Abdomen: _____

Pelvis: _____

Espina Dorsal: _____

Extremidades Superiores: _____

Extremidades Inferiores: _____

Genitales Externos y ano: _____

Signos vitales: _____ 6 _____

FC: _____ FR: _____ T/A: _____ T°: _____ So2: _____

Somatometría: _____ 7 _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Interpretación: _____

Observaciones: (De encontrar maltrato, abuso sexual o descuido, mencionarlo con secuelas y acciones inmediatas) _____ 8 _____

HOJA DE EGRESO

HOJA DE EGRESO :

NOMBRE : _____ ① _____

EDAD : _____ ② _____

FECHA DE INGRESO : _____ ③ _____

FECHA DE EGRESO : _____ ④ _____

CONDICIONES DE EGRESO Y APARIENCIA FISICA GENERAL: ⑤

VALORACION FISICA INTENCIONADA : ⑥

SOMATOMETRIA Y S.V. : _____ ⑦ _____

Peso : Talla: TA: FC: FR: TEMP:

Interpretación : ⑧

OBSERVACIONES : (Padecimientos, estudios, intervenciones medicas y de Enfermería, tratamientos farmacológicos durante su estancia y al momento de egreso) _____ ⑨ _____

Elabora : _____
DPTO DE ENFERMERIA
NOMBRE Y FIRMA

1. Nombre del niño.
2. Edad del niño.
3. Fecha de Ingreso del niño.
4. Fecha de Egreso del niño.
5. Condiciones de egreso y apariencia física general del niño.
6. Valoración física del niño.
7. Toma de signos vitales así como su talla, peso y MC
8. Inter presentación de los resultados de acuerdo a la valoración general.
9. Observaciones generales.

Elabora

Centro De Asistencia Social
Rafael Nieto

Distribución

Original:
Médica

Periodicidad

Cada Egreso

Medio para obtener la forma

Programa Word y Excel, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas
CASRN-DG-AM-04.



CENTRO DE ASISTENCIA SOCIAL RAFAEL NIETO

CATALOGO de Formas

APLICADO A:
TRABAJO SOCIAL

SAN LUIS POTOSI, S.L.P., ABRIL 2018.

CASRN-DG-ATS-01

Formato de Estudio Socioeconómico

Objetivo Nos permite obtener la información real, sobre los antecedentes y la información actual del menor, su familia y entorno social, promoviendo una adecuada y oportuna resolución del caso.

CASRN-DG-ATS-01
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
ESTUDIO SOCIOECONÓMICO

Fecha de aplicación: _____ (1)

DATOS PERSONALES

1. Nombre Completo (2) _____
2. Edad (3) _____ 3. Fecha de Nacimiento (4) _____
4. Sexo (5) _____ 5. Estado Civil (6) _____ 6. Religión (7) _____
7. Escolaridad (8) _____ 8. Ocupación (9) _____
9. Domicilio Actual (10) _____
10. Municipio (11) _____
11. Procedencia del Caso (12) _____
12. Motivo del Estudio (13) _____

DATOS FAMILIARES (14)

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	SEXO	EDO. CIV.	ESCOLARID.	OCUPAC.

III. ECONOMÍA FAMILIAR (15)

9. ¿Quién aporta el ingreso para el sostenimiento de la familia?
 Padre \$ _____ Madre \$ _____
 Otros \$ _____ Total de Ingresos \$ _____

CASRN-DG-ATS-01

Formato de Estudio Socioeconómico

CASRN-DG-ATS-01

14. Distribución de Egresos Mensuales Aproximados de la Familia (16)
 Renta \$ _____ Imp. Predial \$ _____ Agua \$ _____
 Luz \$ _____ Combustible \$ _____ Transporte \$ _____
 Alimentación \$ _____ Educación \$ _____ Vestido \$ _____
 Médico \$ _____ Recreación \$ _____ Otros \$ _____
 Especifique _____ Total de Egresos \$ _____

15. Número de Personas que dependen de Usted (17) _____
 (Solicitar Comprobante de Ingresos y Egresos)

IV. DATOS DE LA VIVIENDA (18)

- a) Propia () b) Hipoteca () c) Renta () d) Otra () Especifique _____

16. Tipo de Vivienda (19)
 a) Casa () b) Departamento () c) Chozas () d) Cuarto de Vecindad () e) Tejabán ()
 f) Material de la Región () g) Otros () Especifique _____

17. Ubicación de la Vivienda (20)
 a) Unidad Habitacional () b) Colonia Popular () c) Zona Centro ()
 d) Colonia de Asentamiento Irregular () e) Otros () Especifique _____

18. Material de Construcción (21)

- MUROS/PISOS/TECHOS**
 Ladrillo o Tabique () Tierra () Lámina de Asbestos ()
 Lámina de Cartón () Cemento () Lámina de Cartón ()
 Lámina de Asbesto () Mosaico () Madera ()
 Material de Deshecho () Concreto () Madera ()
 Material de la Región ()

19. ¿Con qué tipo de servicios cuenta la colonia? (22)
 a) Agua Potable () b) Pavimento () c) Servicios de Limpieza () d) Alumbrado Público ()
 e) Drenaje () f) Servicio de Vigilancia ()

20. Composición de la Vivienda (23)
 a) Dormitorios () b) Comedor () c) Cocina () d) Sala () e) Baño () f) Patio ()

CASRN-DG-ATS-01

Formato de Estudio Socioeconómico

CASRN-DG-ATS-01

21. Ventilación ^{24}
 BUENA () REGULAR () MALA ()
22. Iluminación ^{25}
 BUENA () REGULAR () MALA ()
23. Apariencia de la Vivienda ^{26}
 LIMPIA () SUCIA ()
24. Aparatos Eléctricos ^{27}
 Televisión () Estéreo () Refrigerador () Videocasetera ()
 Lavadora () Secadora () Plancha () Licuadora ()
 Otros _____
25. Condiciones Generales del Mobiliario ^{28}
 BUENO () REGULAR () MALO ()

V. DATOS DE SALUD

26. ¿A qué tipo de servicio médico recurre la familia? ^{29}
 Hospital Central () Dispensario () Médico Particular () D.I.F.
 () I.M.S.S. () S.S.A ()
 I.S.S.T.E. () Otros _____
27. ¿Vigila la vacunación de sus hijos? Sí () NO () ^{30}
28. ¿Está completa su cartilla? Sí () NO () ^{31}
29. Enfermedades más comunes en el medio familiar ^{32}
 a)Gastrointestinales () b)Respiratorias () c)Infecciosas ()
 d)Nerviosas () e) Congénitas () f) Otras _____
30. ¿Algún miembro de la familia padece o ha padecido una enfermedad grave, permanente o contagiosa? Si () NO () Especifique _____ ^{33}
31. ¿Algún miembro de la familia ha sido intervenido quirúrgicamente? Si () NO () ^{34}

CASRN-DG-ATS-01

Formato de Estudio Socioeconómico

CASRN-DG-ATS-01

32. ¿Algún miembro de la familia presenta problemas de alcoholismo, drogadicción, tabaquismo? ¿Quién? ¿Desde cuándo? ^{35}
33. ¿Es usuario(a) del programa de Planificación Familiar? Si () NO () ^{36}
34. ¿Qué método utiliza? ^{37}
35. ¿Realiza su detección oportuna de cáncer? Si () NO () ^{38}

IV. ALIMENTACIÓN ^{39}

SI O NO LA REALIZA	HORARIO	DESCRIPCIÓN
DESAYUNO		
COMIDA		
CENA		

36. ¿Acostumbra a comer solo ó con la familia? ^{40}

VII. RECREACIÓN

37. ¿Con quién pasa su tiempo libre? ^{41}
 SOLO () FAMILIA () AMIGOS ()
38. ¿A qué se dedica en su tiempo libre? ^{42}
 Paseos () Deportes () Juegos () Escuchar radio () Ver T.V. ()
 Lectura () Descanso()
39. ¿Tiempo que dedica a los hijos? ^{43}
 ½ hr.() 1 hr.() 2 hrs() Más () No convive ()

VIII. RELACIONES FAMILIARES

40. ¿Es importante para usted la paternidad responsable? ¿Por qué? ^{44}



Formato de Estudio Socioeconómico

CASRN-DG-ATS-01

(45)

41. ¿Cómo considera las relaciones familiares? ¿Por qué? _____

42. ¿Algún miembro de la familia tiene antecedentes penales o algún problema jurídico? _____

(48)

43. ¿Está satisfecho de su trabajo? _____

(48)

44. ¿Cómo son las relaciones con los vecinos, compañeros de trabajo, escuela? _____

45. Opinión de la familia de con relación al tema tratado _____

(51)

46. Otros problemas detectados _____

(52)

47. Nombre del familiar responsable del menor _____

V. DIAGNOSTICO SOCIAL



Formato de Estudio Socioeconómico

CASRN-DG-ATS-01

(53)

IV. PLAN SOCIAL

(54)

V. OBSERVACIONES DE LA TRABAJADORA SOCIAL

(55)

T.S. _____

CASRN-DG-ATS-01***instructivo***

1. Nombre: anotar el nombre completo de la persona a quien se le esta realizando el estudio.
2. Nombre: anotar el nombre completo de la persona a quien se le está realizando el estudio.
3. Edad: anotar la edad de la persona a quien se le realiza el estudio.
4. Anotar año, mes y día de nacimiento.
5. Sexo: anotar el sexo de la persona a quien se le realiza el estudio.
6. Estado civil: anotar el estado civil de la persona a quien se le realiza el estudio (casada, soltera, unión libre, u otro).
7. Religión. Anotar la religión que profesa la persona a quien se le realiza el estudio.
8. Escolaridad: anotar el nivel de escolaridad del individuo.
9. Ocupación: estado laboral de la persona.
10. Domicilio: anotar el domicilio completo de la persona a quien se le realiza el estudio.
11. Municipio: lugar de procedencia.
12. Procedencia: de que dependencia se refiere.
13. Motivo de estudio: especificar la causa por la cual se aplica el estudio.
- * Estructura familiar.
14. Nombre, parentesco, edad, estado civil y ocupación. Anotar correctamente los datos que se piden de cada una de las personas que habitan en el domicilio de la persona a la cual se le esta aplicando el estudio.

Elabora

Centro De Asistencia Soc.
Rafael Nieto

Distribución

Original:
Trabajo Social

1a Copia:
Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso.

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas
CASRN-DG-ATS-01.

CASRN-DG-ATS-01***instructivo***

- * Economía familiar.
- 15. persona (s) que aporta (n) el ingreso familiar: anotar las cantidades que aporta cada uno de los miembros de la familia u otros en la línea correspondiente y posteriormente sumarlas y anotar el total.
- * Distribución de egresos mensuales aproximados.
- 16. Anotar en cada una de las líneas la cantidad que gastan por cada servicio, si alguno no esta contemplado anotar y posteriormente realizar la suma de los egresos y anotarla.
- 17. Anotar el numero de dependientes económicos.
- * Datos de la vivienda.
- 18. Anotar con una "x" en el paréntesis que corresponda, si no es ninguna de las opciones especificar.
- 19. Marcar con una "x" el tipo de vivienda.
- * Material de construcción de la vivienda.
- 20. Marcar con una "x" según la ubicación de la vivienda.
- 21. Marcar con una "x" en el paréntesis correspondiente.
- * Servicios públicos con los que cuenta la vivienda.
- 22. Marcar con una "x" los servicios con los que cuenta la Familia.
- * Composición de la vivienda.
- 23. Marcar con una "x" las divisiones con que cuenta la casa.
- 24. Como se considera la ventilación.
- 25. Como se considera la iluminación.
- 26. Como se considera la apariencia de la vivienda.
- 27. Con que aparatos electrónicos cuenta, enseres domésticos.
- 28. Cuales son las condiciones generales del mobiliario, si considera importante algo que no este contemplado hacer la anotación.

Elabora

Centro De Asistencia Soc.
Rafael Nieto

Distribución

Original:
Trabajo Social

1a Copia:
Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso.

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas
CASRN-DG-ATS-01.

CASRN-DG-ATS-01***instructivo***

- Datos de salud.
- 29. Servicio médico al que asiste la familia: marcar con una "x" el que corresponda si no está contemplado favor especificar.
- 30. Si se vigila la vacunación de los hijos niños.
- 31. Solicitar que muestren la cartilla de vacunación.
- 32. Las enfermedades mas comunes que han padecido.
- 33. Los tipos de adicción que existen en los miembros de la familia.
- 34. Conocer cuántos miembros han sido intervenidos quirúrgicamente.
- 35. Conocer si en la familia son dependientes de alguna droga ó alcoholismo.
- 36. Conocer si es usuario del P.P.F.
- 37. Cual es el método a utilizar.
- 38. Conocer si se realiza la detección del cáncer.
- **Alimentación**
- 39. Describir brevemente el tipo de alimentación, los horarios.
- 40. Se realiza en familia o no.
- **Opinión sobre las relaciones familiares.**
- 41. Anotar brevemente la opinión que tiene la persona entrevistada acerca de las relaciones familiares.
- 42. Especificar el tiempo que dedica a sus hijos.
- 43. Especificar a que dedica el tiempo libre.
- 44. Opinión sobre la paternidad responsable (breve anotación de la opinión del entrevistado).
- **Opinión sobre las relaciones interpersonales.**
- 45. Conocer que tan importante son las relaciones entre la familia.

Elabora

Centro De Asistencia. Soc.
Rafael Nieto

Distribución

Original:
Trabajo Social

1a Copia:
Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso.

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas
CASRN-DG-ATS-01.

CASRN-DG-ATS-01***instructivo***

- 46. Conocer si algún miembro tiene situaciones legales, que ayuden a tener otra perspectiva de la investigación.
- 47. Saber la relación y estabilidad de trabajo de la persona entrevistada.
- 48. Anotar lo que piensa en relación a tener buenas ó malas relaciones interpersonales.
- 49. Anotar la opinión general de la familia en relación al motivo que originó el estudio socioeconómico.
- 50. Conocer si existe alguna otra situación detectada.
- 51. Anotar el nombre de la persona que se va hacer responsable del menor.
- 52. Diagnostico social: al finalizar el análisis de la información recabada y al emitir el diagnostico se debe señalar los siguientes puntos.
- Tipo de familia. Nuclear, desintegrada, contraída, interrumpida, reconstruida, extensa.
- Nuclear: formada por una pareja e hijos de ambos sin la intervención de otras personas.
- Desintegrada: separación de los integrantes del núcleo familiar.
- Contraída: cuando en el hogar falta uno o mas de los integrantes por fallecimiento.
- Reconstruida: se forma por la integración de dos familias padre, madre con hijos de cada uno y viviendo en el mismo hogar.
- Extensa: cuando en el hogar que ya esta formado como nuclear viven otras personas por diversas causas.
- El tipo de nivel socio cultural y económico el cual puede ser bajo, medio y alto.

Elabora

Centro De Asistencia. Soc.
Rafael Nieto

Distribución

Original:
Trabajo Social

1a Copia:
Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso.

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas
CASRN-DG-ATS-01.

CASRN-DG-ATS-01

*instru***tivo**

- El rol que asume cada uno de los miembros de la familia, si existe respeto a las jerarquías o no.
 - Tipo de control que se ejerce en el hogar: rígido, flexible, permisivo o sin control, caótico.
 - Rígido: cada situación y cada individuo son manejados exactamente de la misma manera, sin flexibilidad y sin tolerancia por variación.
 - Flexible: el control conductual es firme y claro, definido permite variaciones.
 - Permisiva o sin control: no hay patrones afectivos de control conductual.
 - Caótico: a veces es rígido, otras flexible y otras se pierde el control.
53. Plan social. Se refiere a los pasos a seguir una vez integrado el diagnóstico.
54. Se refiere alguna otra información que se dé a la entrevista detectada por medio de la observación.
55. Nombre y firma de la Trabajadora Social que aplicó el estudio socioeconómico.

Elabora

Centro De Asistencia. Soc.
Rafael Nieto

Distribución

Original:
Trabajo Social

1a Copia:
Archivo.

Periodicidad

Cada ingreso.

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas
CASRN-DG-ATS-01.

CASRN-DG-ATS-02

ENTREVISTA INICIAL

Conocer y analizar sobre datos específicos del entrevistado, que a su vez estos proporcionarán un mejor seguimiento en la investigación.

Objetivo

FORMATO ENTREVISTA INICIAL

FECHA: _____ (1)

NOMBRE COMPLETO: _____ (2)

EDAD: _____ (3)

OCUPACIÓN: _____ (4)

DOMICILIO: _____ (5)

FECHA DE INGRESO: _____ (6)

COMENTARIOS: _____ (7)

(8)

TRABAJO SOCIAL

(9)

NOMBRE Y FIRMA DEL
ENTREVISTADO

CASRN-DG-ATS-02

instructivo

1. Fecha: Día, mes y año de la realización de la entrevista.
2. Nombre completo de la persona entrevistada.
3. Edad: Años cumplidos del entrevistado.
4. Ocupación: A qué se dedica el entrevistado.
5. Domicilio: Dónde vive el individuo.
6. Fecha de ingreso: Día, mes y año en que ingresa a la institución.
7. Comentario: Breve relatoria de los incidentes más destacados que a juicio del entrevistador se sucedieron en el interrogatorio.
8. Nombre y firma del trabajador social que realiza la entrevista.
9. Nombre y firma de la persona a la que se entrevistó.

Elabora

Centro De Asistencia Social
Rafael Nieto

Distribución

Original:
Trabajo Social
(Expediente)

Periodicidad

Cada ingreso

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas
CASRN-DG-ATS-02

CASRN-DG-ATS-03

Objetivo

Recopilar la información obtenida que ayude a conocer más a fondo la situación familiar, económica, social y psicológica de la familia.

FORMATO DE INVESTIGACIÓN	
FECHA DE INVESTIGACIÓN (1)	
I. NOMBRE DEL MENOR: (2)	
DOMICILIO: (3)	
EDAD: (4)	
MOTIVO DE INGRESO: (5)	
II. NOMBRE DE LA FAMILIA A INVESTIGAR: (6)	
III. ANTECEDENTES: (7)	
IV. SITUACIÓN ACTUAL: (8)	
V. FAMILIOGRAMA: (9)	
	RELACIÓN FUERTE (10) RELACIÓN CONFLICTIVA (11) HOMBRE (13) MUJER (14)
VI. DIAGNÓSTICO SOCIAL: (15)	
VII. PLAN SOCIAL: (16)	
VIII. INVESTIGÓ: (17)	

1. Fecha de la investigación.
2. Conocer el nombre del menor a quien se va a investigar.
3. Domicilio exacto del menor donde vivía antes de ser ingresado.
4. Edad actual.
5. Motivo de ingreso, para conocer y saber como se realizarán las entrevistas a los agresores ó familiares.
6. Conocer a quien se investigará.
7. Antecedentes, conocer historia familiar, así como el rol que desempeña cada miembro de la familia.
8. Situación actual, las reacciones y las actitudes de la familia ante el menor albergado.
9. Familograma: Plasmar las relaciones interpersonales de la familia, que nos ayude ampliar aún mas la situación y comportamiento de los miembros.
10. La relación muy intensa entre el menor y los miembros del hogar.
11. Relación conflictiva con quien es el conflicto.
12. Poca relación con la familia.
13. Signo de hombre: identificación con el tipo de sexo a convivir.
14. Signo de mujer: Identificación con el tipo de sexo a convivir.
15. Formular una hipótesis de las relaciones y conductas de la familia.
16. Pasos a seguir, después de haber formulado el diagnóstico.
17. Nombre de quien investigó.

Elabora

Centro de Asistencia Social
Rafael Nieto

Distribución

Original:
Trabajo Social
(Expediente)

Periodicidad

Cada ingreso

Medio para obtener la forma

Programa Excel, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas
CASRN-DG-ATS-03.

CASRN-DG-ATS-04

Objetivo Conocer toda la información personal del menor, la cual facilite la búsqueda de datos.

FICHA DE IDENTIFICACION

DATOS GENERALES (1)		
NOMBRE	(2)	
FECHA DE NACIMIENTO	(3)	
LUGAR DE NACIMIENTO	(4)	
EDAD	(5)	
NACIONALIDAD	(6)	
DESCRIPCIÓN FÍSICA (7)		
FECHA DE INGRESO	(8)	
CAUSA DE INGRESO	(9)	
CANALIZADO POR	(10)	
ESCOLARIDAD	(11)	
ESCUELA	(12)	
PROF.	(13)	
DOMICILIO	(14)	
TELÉFONO	(15)	
PADECIMIENTOS CRÓNICOS	(16)	
TRATAMIENTO MÉDICO	(17)	
DISCAPACIDAD	(18)	
ESQUEMA DE VACUNACIÓN	COMPLETO () INCOMPLETO () (19)	
ALERGIAS	SI () NO () CUAL: (20)	
TIPO DE SANGRE	(21)	
PESO:	TALLA: (22)	
DATOS DEL PADRE Y MADRE (23)		
NOMBRE (24)	EDAD (25)	OCCUPACIÓN (26)
		DOMICILIO (27)
NOMBRE (28)	PARENTESCO (29)	DOMICILIO (30)

CASRN-DG-ATS-04***instructivo***

1. Datos personales del menor.
2. Como se llama el menor.
3. Fecha exacta de nacimiento.
4. Lugar exacto de nacimiento.
5. Edad actual del menor.
6. Nacionalidad del menor.
7. Descripción física del interno.
8. Fecha de ingreso, día exacto de ingreso.
9. Causa de ingreso, conocer cual fue el motivo de ingreso.
10. Canalizado por, tener bien definido quien canaliza.
11. Escolaridad, nivel educativo del menor.
12. Escuela, nombre y turno de la escuela que cursa.
13. Nombre del profesor.
14. Domicilio ubicar donde se encuentra la escuela.
15. Número telefónico de la escuela.
16. Padecimientos crónicos que tenga el menor.
17. Tratamiento médico.
18. Alguna discapacidad que enfrente el menor.
19. Conocer si tiene completo su esquema de vacunación.
20. Alergias que padece el menor.
21. Tipo de sangre del menor.

Elabora

Centro De Asistencia Social
Rafael Nieto

Distribución

Original:
Trabajo Social
(Expediente)

Periodicidad

Cada ingreso

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas
CASRN-DG-ATS-04.

CASRN-DG-ATS-04***instructivo***

22. Peso y talla del menor, actuales.
23. Datos de los padres del menor.
24. Nombre del papá y mamá biológicos.
25. Edad actual de los padres.
26. A que se dedican actualmente los padres.
27. Domicilio original de los padres.
28. Datos de algún familiar, amigos o parientes políticos del menor.
29. Que relación tienen con el menor .
30. Domicilio actual.

Elabora

Centro De Asistencia Social
Rafael Nieto

Distribución

Original:
Trabajo Social
(Expediente)

Periodicidad

Cada ingreso

Medio para obtener la forma

Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo

Catálogo de Formas
CASRN-DG-ATS-04.

OBSERVACIÓN POR MENOR

(6)	NOMBRE Y FIRMA
NOCHE	

instructivo

1. Grupo de niños internos .
2. Nombre del menor.
3. Aspectos a calificar durante la estancia del menor en cas hogar en turno nocturno..
4. Puntos a calificar en turno matutino.
5. Aspectos a calificar durante horas . de tareas y talleres y así como en turno vespertino
6. Puntos a calificar como actividades extras que los niños llegan a realizar.
7. Incidencias causadas por los niños internos durante su estancia en todos los turnos.
8. Encargada de recopilar la información.
9. Enterado Dirección General, así como de informar las situaciones a las áreas correspondientes.

Elabora
 Centro De Asistencia Social
 Rafael Nieto.

Distribución
 Original:
 Trabajo Social
 (Expediente).

Periodicidad
 Continua.

Medio para obtener la forma
 Programa Word, Windows XP.

Nombre del archivo
 Catálogo de Formas
 CASRN-DG-ATS-06

AUTORIZACION

**RESPONSABLE DE LA FORMULACION DEL MANUAL
DE PROCEDIMIENTOS DEL Centro DE REINTEGRACION
SOCIAL RAFAEL NIETO**

Claudia Hinojosa Celis
Director General
Centro de Asistencia Social Rafael Nieto

REVISO

Lic. Gonzalo Ortuño Castro
Director de Organización y Métodos

AUTORIZAN

DIRECTORA GENERAL
DIF ESTATAL

OFICIAL MAYOR
DEL PODER EJECUTIVO

Lic. Silvia Elena Escobedo Palomino

Ing. Elias Pecina Rodriguez

CONTROL DE ACTUALIZACIONES

ACTUALIZACION

FECHA

PARTE DEL MANUAL QUE SE ACTUALIZA

SECCIONES QUE SE MODIFICA(N)

FORMULO

REVISO

REGISTRAN

(Responsable de
la Unidad de
la Dependencia)

(Dirección de
Organización y
Métodos)

(Titular de la
Dependencia)

(Oficial Mayor)