República del Ecuador

Ministerio de Inclusión Económica y Social

FICHA Nro 1

FICHA DE INFORMACIÓN GENERAL

MODALIDAD RESIDENCIAL
(ACOGIDA, ADMISIÓN E INGRESO)
ADULTOS MAYORES

FOTO

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL USUARIO

APELLIDOS Y NOMBRES: | **C. I.:**

FECHA DE INGRESO: DD | MM | AA **FECHA DE NACIMIENTO:** DD | MM | AA **EXPEDIENTE Nº**

SEXO: M F

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO VIUDO DIVORCIADO UNIÓN LIBRE

AUTODENOMICANCIÓN ÉTNICA: 1) Mestizo/a 2)Blanco/a 3)Montuvio/a 4) Afroecuatoriano/a Negro/ a Afrodescendiente 5) Otro extranjero 6) Indígena Pueblo _____ Nacionalidad _____

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

PRIMARIA: Indicar hasta que año **ANALFABETO:**

SECUNDARIA: Indicar hasta que año **SUPERIOR:**

PROFESIÓN/OCUPACION:

2.- CONDICIONES AL INGRESO: (Describa las características externas del ingreso de la persona adulta mayor por cada ítem que se presenta)

ACOGIDA EMERGENTE **ACOGIDA REGULAR**

CONDICIÓN FÍSICA (presenta golpes, descripción vestimenta, moretones):

CONDICIÓN PSICOLÓGICA: (estado emocional, orientación, lenguaje)

ESTADO DE SALUD: (indica tener una o algunas enfermedades)

MEDICINAS: (Nombre del medicamento y dosis, solicitar información en el caso de medicamentos naturales, homeopáticos o de medicina ancestral)

REACCIÓN ADVERSA A ALGÚN MEDICAMENTO (alergia, reacción negativa o prohibición):

PERSONA QUE LO INGRESA: **RELACIÓN CON EL ADULTO MAYOR:** **CI:**

EN CASO DE SER REFERIDO POR OTRA INSTITUCION O INSTANCIA COMUNITARIA:

¿VINO POR PROPIA VOLUNTAD? SI ☐ NO ☐

INSTITUCIÓN QUE LO INGRESA: POLICÍA ☐ CRUZ ROJA ☐ ECU 911 ☐ MIES ☐ MSP ☐ OTROS ☐

3.- SITUACIÓN FAMILIAR Y DE CONVIVENCIA

¿CON QUIEN VIVE?

SOLO ☐ **CÓNYUGE/PAREJA** ☐ **FAMILIARES/ QUIEN** ☐ **OTROS/QUIEN** ☐

NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL ADULTO MAYOR: ☐

NOMBRE DE CONVIVIENTES SEAN O NO FAMILIARES		**PARENTEZCO O AFINIDAD**
1		
2		
3		

CALIDAD DE LAS RELACIONES **BUENA** ☐ **REGULAR** ☐ **MALA** ☐ **OBSERVACIONES**

4.- OBSERVACIONES:

RESPONSABLES

NOMBRE: *Coordinador de Centro de Atencion al AM* **FIRMA** _____

NOMBRE *Psicologo* **FIRMA** _____

NOMBRE *Trabajador Social* **FIRMA** _____

FECHA	**DD**	**MM**	**AA**

SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

FICHA N° 2a
VALORACIÓN SOCIAL

Instrucciones

Este instrumento permite:

1.- Contar con datos referentes al contexto individual, familiar, redes sociales de apoyo y del entorno de la persona adulta mayor para identificar los vínculos afectivos y emocionales así como su nivel de aislamiento y /o de apoyo como medios de prevención, contención y protección.

2.- Identificar el entorno laboral, cultural y social de origen de la persona adulta mayor, para su incorporación e inclusión de acuerdo a su realidad y requerimiento individual.

3.- Conocer sobre su situación económica como elemento que incide en su calidad de vida especialmente en los servicios residenciales.

En la medida de lo posible la entrevista y levantamiento de información en las modalidades residencial y diurna lo realizará la Trabajadora Social, en el caso de atención domiciliaria y espacios de socialización y encuentro debe realizarlo el promotor social o facilitador/tallerista.

La información social servirá de sustento para la generación de estrategias de intervención integrales considerando el estado de situación familiar y social.
En la redacción del informe se tendrá en cuenta señalar el estado físico y psíquico relevante evidenciado en estos contactos previos.

<table>
<tr><td colspan="3">1.- DATOS PERSONALES DEL USUARIO</td></tr>
<tr><td>APELLIDOS Y NOMBRES :

_____
NIVEL DE INSTRUCCIÓN:
SIN INSTRUCCIÓN:_____ PRIMARIA_____
SECUNDARIA _____ SUPERIOR _____
COMPLETA : _____ INCOMPLETA _____
No sabe leer ni escribir:_____
PROFESIÓN O TIPO DE TRABAJO ANTERIOR :
_____</td><td>SEXO: M☐ F☐

SITUACIÓN LABORAL:
_____
_____
_____
_____</td><td>Nº CÉDULA:
ESTADO CIVIL:
CASADO/ UNIÓN LIBRE☐
VIUDO ☐
DIVORCIADO ☐</td></tr>
<tr><td colspan="3">2.- SITUACIÓN FAMILIAR Y DE CONVIVENCIA:</td></tr>
</table>

¿CON QUIEN VIVE?

SOLO: ☐ CÓNYUGE/PAREJA: ☐ FAMILIARES/ QUIEN: ☐ OTROS/ QUIEN: ☐

NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL ADULTO MAYOR: ☐

FAMILIARES MAS IMPORTANTES SEAN O NO CONVIVIENTES

NOMBRE DE LOS FAMILIARES	FORMA DE CONVIVENCIA OCASIONAL/ PERMANENTE	EDAD	ENTIDAD DONDE TRABAJA	CALIDAD DE LAS RELACIONES BUENA/REGULAR/MALA

¿HA PERDIDO A SU PAREJA, ALGÚN FAMILIAR Y/O AMIGO CERCANO/A EN EL ÚLTIMO AÑO? SI ( ) NO ( )
EN CASO AFIRMATIVO ¿CUÁL?_____

LA VIVIENDA EN QUE RESIDE ES:

PROPIA ☐ ALQUILADA ☐ PRESTADA ☐ OTRA ☐

ESPECIFICAR:.....

ESTADO DE LA VIVIENDA:

MUY BUENA ___ BUENA ___ REGULAR___ MALA___
RIESGOS/CUALES:_____

HACINAMIENTO: SI: ____ NO:____ LIMPIEZA/HIGIENE: SI ☐ NO ☐

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS:
INTERNAS ☐ EXTERNAS ☐

7. SERVICIOS BÁSICOS:

AGUA:
POTABLE ☐ ENTUBADA ☐ POZO ☐ LLUVIA ☐ TANQUERO ☐
OTROS/CUAL: _____

LUZ: ELÉCTRICA: SI ☐ NO ☐ OTROS/CUAL: _____

ELIMINACIÓN DE AGUAS SERVIDAS:
ALCANTARILLADO ☐ POZO SÉPTICO ☐ LETRINA ☐
OTROS/CUAL:_____

TELÉFONO:
FIJO: SI ☐ NO ☐ INTERNET: SI ☐ NO ☐ TELEVISIÓN POR CABLE: SI ☐ NO ☐

CELULAR: SI ☐ NO ☐

8.- ACCESO A LA VIVIENDA

CÉNTRICA: ☐ (fácil acceso mediante transporte)

AISLAMIENTO: ☐ (difícil acceso mediante transporte)

OTROS: ☐

9. – NUTRICIÓN

CONSIDERA QUE SE ALIMENTA BIEN: SI ☐ NO ☐

NÚMERO DE COMIDAS DIARIAS QUE RECIBE: ☐

ESPECIFIQUE CUALES:

DESAYUNO _____ REFRIGERIO MEDIA MAÑANA---------- ALMUERZO _____
REFRIGERIO MEDIA TARDE---------- MERIENDA_____

10. – SALUD

CONSIDERA QUE SU SALUD ES:

BUENA: (casi nunca se enferma) ☐
REGULAR: (se enferma ocasionalmente) ☐
MALA: (Se enferma muy frecuentemente) ☐

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CATASTROFICA O PERSISTENTE: SI ☐ NO ☐

ESPECIFIQUE:
PRESENTA ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☐

ESPECIFIQUE:

TOMA ALGÚN MEDICAMENTO DE FORMA CONSTANTE: SI ☐ NO ☐

ESPECIFIQUE:

UTILIZA ALGUNA AYUDA TÉCNICA: SI ☐ NO ☐

ESPECIFIQUE:

11.- SERVICIO AL QUE DESEA INGRESAR

RESIDENCIAL ☐ DIURNO ☐ ESPACIOS DE SOCIALIZACIÓN ☐ ATENCIÓN DOMICILIARIA ☐

	Nombre	**Firma**

Usuario		
Familiar del Usuario		
Persona que levanta el informe		
Coordinador /Director del centro o Servicio		

REPÚBLICA DEL ECUADOR

SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

Ministerio de Inclusión Económica y Social

INSTRUCCIONES:

Cuando ingresa la persona adulta mayor al Servicio de Atención Domiciliaria suscribe una carta de compromiso, en la cual se compromete a respetar los reglamentos y códigos de convivencia existentes, aceptar el apoyo e intervención profesional que requiera durante su permanencia en el centro o servicio, de acuerdo a los derechos establecidos en la Constitución de Ecuador y en la Norma Técnica.

Ficha N° 7 CARTA DE COMPROMISO Y ACEPTACIÓN DEL USUARIO/A /RESPONSABLE O REFERENTE
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Yo, con C.I. ingreso voluntariamente al Centro o Servicio para personas adultas mayores, a partir de la presente fecha (dia/mes/año)

Además manifiesto, que he sido informado/a de los reglamentos existentes en el Servicio, comprometiéndome a través de la presente a cumplir con las responsabilidades y deberes, así como a aceptar las acciones del Plan de Atención Integral Individual que el equipo técnico programe, y colaborar para que éste se cumpla.

NOMBRE PERSONA ADULTA MAYOR
FIRMA/HUELLA DIGITAL
C. I.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LEVANTÓ EL ACTA
FIRMA
CI

FAMILIAR RESPONSABLE O REFERENTE
FIRMA /HUELLA DIGITAL
C. I.
TELEFONO
DIRECCIÓN

FORMULARIOS A LLENAR PARA EL INGRESO AL SERVICIO

Los documentos habilitantes que permiten el ingreso del usuario al servicio consisten en la ficha de datos personales, ficha de caracterización familiar, ficha de acta de compromiso y ficha de sistemas de apoyo.

Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón San Miguel de Los Bancos
ADMINISTRACIÓN 2023-2027
Decreto 115-14 de Febrero

DATOS PERSONALES

PERSONA CON DISCAPACIDAD						PERSONA CUIDADORA					
Nombres y apellidos											
N° cédula:											
Edad:											
Sexo:	Masculi		Femeni			Sexo:	Masculi		Femenino		
Grado de discapacidad:											
Porcentaje:											

TIPO DE DISCAPACIDAD:					TIPO DE DISCAPACIDAD:				
Física	Auditiva	Visual	Intelectual	Psicosocial	Física	Auditiva	Visual	Intelectual	Psicosocial

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

ITEM	SUBITEM	SI	NO		SI	NO
Actualmente utiliza alguna de las siguientes ayudas técnicas:	Bastón			Caminador		
	Muletas			Silla de ruedas		
	Prótesis			Audífonos		
	Ortesis			Ayudas ópticas		
	Requiere:			Cual		
Tiene conocimiento de lectura y escritura	lee			Escribe		
Nivel educativo:	Alfabetización			Bachillerato		
	Básica			Superior		
	Educación			Ninguna		
Se expresa	Por facies			Lengua de señas		
	Movimiento Ocular			Lenguaje Escrito		
	Gesticulación			Braille		
	Habla			Expresión corporal		
	Tablero de Comunicación					
Su nivel de dependencia según índice de Barthel es	Dependencia			Dependencia escasa		
	Dependencia			Independiente		
	Dependencia					
Recibe otro servicio por parte del estado	Si		¿Cuál?		No	
Asiste a otros servicios particulares	Si		¿Cuál?		No	
Presenta dificultad en el comportamiento:	Si		¿Cuál?		No	

Firma de Responsabilidad: .....
Nombre: Fecha:

FICHA DE CARACTERIZACIÓN DE LA FAMILIA

Entidad: Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de San Miguel de los Bancos

Unidad de atención:

Familia:	Tipo:	Fecha ingreso:
Dirección Domiciliaria:		
En caso de emergencia avisar:		Teléfono:
Nombre del usuario/a:	Fecha nacimiento:	Lugar nacimiento:
	Grado/ curso Aprobado	Ocupación:

COMPOSICIÓN FAMILIAR:

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	PARENTESCO con el usuario/a	Fecha de Nacimiento	OCUPACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Observaciones:

SITUACION FAMILIAR Y SOCIAL:

Relación entre los miembros de la familia:	
Relación usuario/a con el círculo de apoyo:	
Relación usuario/a con la comunidad:	
Observaciones	

DATOS SOCIO-ECONÓMICOS:

Puntaje Registro Social:	Total, ingresos de la familia:
Recibe Bono o pensión: si … no … cual ……	Total, egresos de la familia:

VIVIENDA

Tenencia:	Nro. habitaciones	Nro. dormitorios	Tiene la usuario/a dormitorio propio: si…no … Con quién comparte ……

Servicios básicos:	Agua potable: si … no …otro … cúal……	Luz eléctrica si … no …otro … cúal……	Teléfono fijo si … no …	Teléfono celular si … no …	Internet si … no …

	Manejo de desechos (detalle)

Estado de las vías de acceso:	Tipo y frecuencia del transporte público

Que problemas de salud presentan los miembros de la familia:

Genograma:

Necesidades de la familia en torno a la persona con discapacidad	

ACUERDOS INICIALES:

- Participar en la ejecución de las actividades para el desarrollo de habilidades, destrezas, capacidades y realizar el refuerzo diario de las tareas aprendidas.
- Mantener una comunicación constante el profesional responsable de la unidad de atención con el fin de solventar inquietudes en relación con el desarrollo de las personas con discapacidad.

Registrado por:	Cargo o Función:

ACTA DE COMPROMISO

Unidad de Atención:		**Teléfono / Celular:**	
		Tipo de Gestión:	Directo
Responsable de la Unidad de Atención:		**Fecha:**	15-01-2024

En la ciudad de San Miguel de los Bancos a los ……días del mes de ……..del 2023 se suscribe la presente acta entre el/la Coordinador/a de la Unidad de atención para Personas con Discapacidad y el/la señor/a…… en calidad de madre, padre, representante y/o cuidador/a de ……, usuario/a de la Unidad de Atención

Los antes mencionados, en forma voluntaria e independiente se comprometen a cumplir con los siguientes acuerdos:

DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN

1. Brindar una atención integral de calidad y calidez a la persona con discapacidad usuaria/o del servicio y su familia, represéntate o cuidador.
2. Informar al cuidador/a, representante de la persona con discapacidad sobre cualquier situación que pueda afectar el avance del proceso de desarrollo de habilidades, destrezas y capacidades individuales.
3. Mantener reuniones con los cuidadores de las personas con discapacidad a en las que se informará de los avances y novedades en el proceso del desarrollo de habilidades individuales, familiares y comunitarias.
4. Planificar y ejecutar mensualmente las actividades que permitan el avance en el Plan de Acción del Comité Familiar.

DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

1. Participación regular a la unidad de atención.
2. Integración en las actividades de la unidad de atención.
3. Comunicar a la unidad de atención inquietudes, novedades, alertas a fin de solventarlas oportunamente.

DEL CUIDADOR/A DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

1. Coordinar con los profesionales de la Unidad de atención acciones para la exigibilidad y cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad.
2. Mantener una comunicación constante con los profesionales de la Unidad de Atención a fin de solventar inquietudes en relación al cuidado, protección y desarrollo de la persona con discapacidad.
3. Asistir a las reuniones, procesos de capacitación y demás actividades que organice la unidad de atención y el Comité de personas cuidadoras.
4. Cumplir las recomendaciones establecidas por la unidad de atención para la ejecución del Plan de Desarrollo de habilidades individuales, familiares y comunitarias.
5. Responsabilizarme de la asistencia regular, puntual de mi representado/a a la unidad de atención (para intramurales),
6. (Para extramurales) Participar con el técnico de la unidad de atención en la ejecución de las actividades para el desarrollo de habilidades, destrezas y capacidades, y realice el refuerzo diario de las actividades aprendidas.

Para constancia y aceptación de los compromisos aquí detallados las partes suscriben este instrumento en tres ejemplares

Firma:	Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:	Nombre:
PERSONA CON DISCAPACIDAD	CUIDADORA, REPRESENTANTE DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	UNIDAD DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DEL SISTEMA DE APOYO

COMPONENTE	GRADO DE PARENTESCO		DETALLE	INTEGRANTE DEL CÍRCULO DE SI	INTEGRANTE DEL CÍRCULO DE NO	ACCIONES ESPECIFICAS DE APOYO POR CADA INTEGRANTE
INTIMIDAD	De primer grado:	Consanguinidad	padres			
			hijos			
		No hay Afinidad	cónyuges			
			yerno/nuera			
			suegros			
	De segundo grado:	Consanguinidad	abuelos			
			nietos			
			hermanos			
		Afinidad	cuñados			
		Consanguinidad	Tios y sobrinos			
		Afinidad	Tios políticos y sobrinos políticos			
	De cuarto grado:	Consanguinidad	Primos			
			Tios-abuelos y sobrinos-nietos			
		Afinidad	Tios-abuelos-políticos y sobrinos-nietos-políticos			
	De quinto grado:	Consanguinidad:	Primos-tíos y primos-sobrinos			
			Tios-bisabuelos y sobrinos-bisnietos			
AMISTAD	Vecinos					
	Amigos					
	Otra ¿Quién?					
PARTICPACIÓN (personas y/u organizaciones en las que está implicada la persona)	Grupo de pares					
	Teatro comunitario					
	Otra ¿Cuál?					
SERVICIOS (personas o servicios que son remunerados por su participación con las personas)	Servicios de salud					
	Servicios de cuidado					
	Otra ¿Cuál?					
APOYOS SEGÚN LA INTENSIDAD	Intermitente					
	Limitado					
	Extenso					
	Generalizado					
APOYOS TECNÓLOGICOS	Ayudas para movilidad (sillas de ruedas, andadores, bastones, muletas)					
	Órtesis/ prótesis					
	Sistemas aumentativos (audífonos)					
	Ayudas cognitivas (dispositivos informáticos o eléctricos para la ayuda de memoria o atención)					
	software y hardware informáticos, como los programas de reconocimiento de voz, los lectores de pantalla y las					
PEDAGOGICAS	Las herramientas, como los pasa páginas automáticas, los soportes para libros y los sujeta lápices adaptados para ayudar					

Firma de Responsabilidad: .....

Nombre: Fecha:

República del Ecuador

Ministerio de Inclusión Económica y Social

FICHA Nro 1

FICHA DE INFORMACIÓN GENERAL

MODALIDAD RESIDENCIAL
(ACOGIDA, ADMISIÓN E INGRESO)
ADULTOS MAYORES

FOTO

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL DEL USUARIO

APELLIDOS Y NOMBRES: | **C. I.:**

FECHA DE INGRESO: DD | MM | AA **FECHA DE NACIMIENTO:** DD | MM | AA **EXPEDIENTE Nº**

SEXO: M F

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO VIUDO DIVORCIADO UNIÓN LIBRE

AUTODENOMICANCIÓN ÉTNICA: 1) Mestizo/a 2)Blanco/a 3)Montuvio/a 4) Afroecuatoriano/a Negro/ a Afrodescendiente 5) Otro extranjero 6) Indígena Pueblo _____ Nacionalidad _____

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

PRIMARIA: Indicar hasta que año **ANALFABETO:**

SECUNDARIA: Indicar hasta que año **SUPERIOR:**

PROFESIÓN/OCUPACION:

2.- CONDICIONES AL INGRESO: (Describa las características externas del ingreso de la persona adulta mayor por cada ítem que se presenta)

ACOGIDA EMERGENTE **ACOGIDA REGULAR**

CONDICIÓN FÍSICA (presenta golpes, descripción vestimenta, moretones):

CONDICIÓN PSICOLÓGICA: (estado emocional, orientación, lenguaje)

ESTADO DE SALUD: (indica tener una o algunas enfermedades)

MEDICINAS: (Nombre del medicamento y dosis, solicitar información en el caso de medicamentos naturales, homeopáticos o de medicina ancestral)

REACCIÓN ADVERSA A ALGÚN MEDICAMENTO (alergia, reacción negativa o prohibición):

PERSONA QUE LO INGRESA: **RELACIÓN CON EL ADULTO MAYOR:** **CI:**

EN CASO DE SER REFERIDO POR OTRA INSTITUCION O INSTANCIA COMUNITARIA:

¿VINO POR PROPIA VOLUNTAD? SI ☐ NO ☐

INSTITUCIÓN QUE LO INGRESA: POLICÍA ☐ CRUZ ROJA ☐ ECU 911 ☐ MIES ☐ MSP ☐ OTROS ☐

3.- SITUACIÓN FAMILIAR Y DE CONVIVENCIA

¿CON QUIEN VIVE?

SOLO ☐ **CÓNYUGE/PAREJA** ☐ **FAMILIARES/ QUIEN** ☐ **OTROS/QUIEN** ☐

NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL ADULTO MAYOR: ☐

NOMBRE DE CONVIVIENTES SEAN O NO FAMILIARES		**PARENTEZCO O AFINIDAD**
1		
2		
3		

CALIDAD DE LAS RELACIONES **BUENA** ☐ **REGULAR** ☐ **MALA** ☐ **OBSERVACIONES**

4.- OBSERVACIONES:

RESPONSABLES

NOMBRE: *Coordinador de Centro de Atencion al AM* **FIRMA** _____

NOMBRE *Psicologo* **FIRMA** _____

NOMBRE *Trabajador Social* **FIRMA** _____

FECHA	**DD**	**MM**	**AA**

SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

FICHA N° 2a
VALORACIÓN SOCIAL

Instrucciones

Este instrumento permite:

1.- Contar con datos referentes al contexto individual, familiar, redes sociales de apoyo y del entorno de la persona adulta mayor para identificar los vínculos afectivos y emocionales así como su nivel de aislamiento y /o de apoyo como medios de prevención, contención y protección.

2.- Identificar el entorno laboral, cultural y social de origen de la persona adulta mayor, para su incorporación e inclusión de acuerdo a su realidad y requerimiento individual.

3.- Conocer sobre su situación económica como elemento que incide en su calidad de vida especialmente en los servicios residenciales.

En la medida de lo posible la entrevista y levantamiento de información en las modalidades residencial y diurna lo realizará la Trabajadora Social, en el caso de atención domiciliaria y espacios de socialización y encuentro debe realizarlo el promotor social o facilitador/tallerista.

La información social servirá de sustento para la generación de estrategias de intervención integrales considerando el estado de situación familiar y social.
En la redacción del informe se tendrá en cuenta señalar el estado físico y psíquico relevante evidenciado en estos contactos previos.

<table>
<tr><td colspan="3">1.- DATOS PERSONALES DEL USUARIO</td></tr>
<tr><td>APELLIDOS Y NOMBRES :

_____
NIVEL DE INSTRUCCIÓN:
SIN INSTRUCCIÓN:_____ PRIMARIA_____
SECUNDARIA _____ SUPERIOR _____
COMPLETA : _____ INCOMPLETA _____
No sabe leer ni escribir:_____
PROFESIÓN O TIPO DE TRABAJO ANTERIOR :
_____</td><td>SEXO: M☐ F☐

SITUACIÓN LABORAL:
_____
_____
_____
_____</td><td>Nº CÉDULA:
ESTADO CIVIL:
CASADO/ UNIÓN LIBRE☐
VIUDO ☐
DIVORCIADO ☐</td></tr>
<tr><td colspan="3">2.- SITUACIÓN FAMILIAR Y DE CONVIVENCIA:</td></tr>
</table>

¿CON QUIEN VIVE?

SOLO: ☐ CÓNYUGE/PAREJA: ☐ FAMILIARES/ QUIEN: ☐ OTROS/ QUIEN: ☐

NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL ADULTO MAYOR: ☐

FAMILIARES MAS IMPORTANTES SEAN O NO CONVIVIENTES

NOMBRE DE LOS FAMILIARES	FORMA DE CONVIVENCIA OCASIONAL/ PERMANENTE	EDAD	ENTIDAD DONDE TRABAJA	CALIDAD DE LAS RELACIONES BUENA/REGULAR/MALA

¿HA PERDIDO A SU PAREJA, ALGÚN FAMILIAR Y/O AMIGO CERCANO/A EN EL ÚLTIMO AÑO? SI ( ) NO ( )
EN CASO AFIRMATIVO ¿CUÁL?_____

LA VIVIENDA EN QUE RESIDE ES:

PROPIA ☐ ALQUILADA ☐ PRESTADA ☐ OTRA ☐

ESPECIFICAR:.....

ESTADO DE LA VIVIENDA:

MUY BUENA ___ BUENA ___ REGULAR___ MALA___
RIESGOS/CUALES:_____

HACINAMIENTO: SI: ____ NO:____ LIMPIEZA/HIGIENE: SI ☐ NO ☐

BARRERAS ARQUITECTÓNICAS:
INTERNAS ☐ EXTERNAS ☐

7. SERVICIOS BÁSICOS:

AGUA:
POTABLE ☐ ENTUBADA ☐ POZO ☐ LLUVIA ☐ TANQUERO ☐
OTROS/CUAL: _____

LUZ: ELÉCTRICA: SI ☐ NO ☐ OTROS/CUAL: _____

ELIMINACIÓN DE AGUAS SERVIDAS:
ALCANTARILLADO ☐ POZO SÉPTICO ☐ LETRINA ☐
OTROS/CUAL:_____

TELÉFONO:
FIJO: SI ☐ NO ☐ INTERNET: SI ☐ NO ☐ TELEVISIÓN POR CABLE: SI ☐ NO ☐

CELULAR: SI ☐ NO ☐

8.- ACCESO A LA VIVIENDA

CÉNTRICA: ☐ (fácil acceso mediante transporte)

AISLAMIENTO: ☐ (difícil acceso mediante transporte)

OTROS: ☐

9. – NUTRICIÓN

CONSIDERA QUE SE ALIMENTA BIEN: SI ☐ NO ☐

NÚMERO DE COMIDAS DIARIAS QUE RECIBE: ☐

ESPECIFIQUE CUALES:

DESAYUNO _____ REFRIGERIO MEDIA MAÑANA---------- ALMUERZO _____
REFRIGERIO MEDIA TARDE---------- MERIENDA_____

10. – SALUD

CONSIDERA QUE SU SALUD ES:

BUENA: (casi nunca se enferma) ☐
REGULAR: (se enferma ocasionalmente) ☐
MALA: (Se enferma muy frecuentemente) ☐

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD CATASTROFICA O PERSISTENTE: SI ☐ NO ☐

ESPECIFIQUE:
PRESENTA ALGUN TIPO DE DISCAPACIDAD: SI ☐ NO ☐

ESPECIFIQUE:

TOMA ALGÚN MEDICAMENTO DE FORMA CONSTANTE: SI ☐ NO ☐

ESPECIFIQUE:

UTILIZA ALGUNA AYUDA TÉCNICA: SI ☐ NO ☐

ESPECIFIQUE:

11.- SERVICIO AL QUE DESEA INGRESAR

RESIDENCIAL ☐ DIURNO ☐ ESPACIOS DE SOCIALIZACIÓN ☐ ATENCIÓN DOMICILIARIA ☐

	Nombre	**Firma**

Usuario		
Familiar del Usuario		
Persona que levanta el informe		
Coordinador /Director del centro o Servicio		

REPÚBLICA DEL ECUADOR

SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN INTERGENERACIONAL
DIRECCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR

Ministerio de Inclusión Económica y Social

INSTRUCCIONES:

Cuando ingresa la persona adulta mayor al Servicio de Atención Domiciliaria suscribe una carta de compromiso, en la cual se compromete a respetar los reglamentos y códigos de convivencia existentes, aceptar el apoyo e intervención profesional que requiera durante su permanencia en el centro o servicio, de acuerdo a los derechos establecidos en la Constitución de Ecuador y en la Norma Técnica.

Ficha N° 7 CARTA DE COMPROMISO Y ACEPTACIÓN DEL USUARIO/A /RESPONSABLE O REFERENTE
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

Yo, con C.I. ingreso voluntariamente al Centro o Servicio para personas adultas mayores, a partir de la presente fecha (dia/mes/año)

Además manifiesto, que he sido informado/a de los reglamentos existentes en el Servicio, comprometiéndome a través de la presente a cumplir con las responsabilidades y deberes, así como a aceptar las acciones del Plan de Atención Integral Individual que el equipo técnico programe, y colaborar para que éste se cumpla.

NOMBRE PERSONA ADULTA MAYOR
FIRMA/HUELLA DIGITAL
C. I.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LEVANTÓ EL ACTA
FIRMA
CI

FAMILIAR RESPONSABLE O REFERENTE
FIRMA /HUELLA DIGITAL
C. I.
TELEFONO
DIRECCIÓN

FICHA DE IDENTIFICACIÓN /ABORDAJE DE NIÑAS, NIÑOS Y/O ADOLESCENTES EN TRABAJO INFANITL

1. INFORMACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN COOPERANTE.

NOMBRE ORGANIZACIÓN COOPERANTE:			
NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN:			
ZONA:		**DISTRITO:**	
PROVINCIA:		**CANTÓN:**	
DIRECCIÓN DE LA ENTIDAD COOPERANTE:			
NRO. DE TELÉFONO:		**EMAIL:**	

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA NIÑAS, NIÑOS Y/O ADOLESCENTES

NOMBRES Y APELLIDOS							
SEXO	**HOMBRE**		**MUJER**				
NACIONALIDAD							
NRO. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA, PASAPORTE U OTRO)							
FECHA DE NACIMIENTO							
LUGAR DE NACIMIENTO (PROVINCIA/CANTÓN/PARROQUIA)							
AUTOIDENTIFICACIÓN (ETNIA):	**MESTIZO**		**AFROECUATORIANO**		**INDÍGENA**		
	BLANCO		**MULATO**		**MONTUBIO**		
	OTRO (ESPECIFIQUE):						
LUGAR DE RESIDENCIA (PROVINCIA/CANTÓN/PARROQUIA)							
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (CALLE PRINCIPAL, NRO. Y CALLE SECUNDARIA)							
PERSONA CON DISCAPACIDAD	**SI**		**NO**				
TIPO DE DISCAPACIDAD[1]	**AUDITIVA**		**LENGUAJE**		**FISICA**		
	PSICOSOCIAL		**INTELECTUAL**		**VISUAL**		
PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD							
NÚMERO DE CARNET DE DISCAPACIDAD							
RAMA DE ACTIVIDAD DE TRABAJO INFANTIL QUE REALIZA	**PESCA**		**AGRICULTURA**		**MINAS**		
	RECICLAJE		**MERCADOS**		**MENDICIDAD**		
	COMERCIO INFORMAL		**OTROS (ESPECIFIQUE):**				
QUÉ HERRAMIENTAS UTILIZA PARA REALIZAR SU TRABAJO.	**CORTO-PUNZANTES**		**FERTILIZANTES-FUNGICIDAS**		**MANIPULACIÓN DE ARMAS**		
	ATARRAYA		**SUBSTANCIAS QUIMICAS**		**MOLADORAS - TALADROS**		
	ANZUELOS						
	COMBUSTIBLE		**OTRO (ESPECIFIQUE):**		**NINGUNO**		
NRO. DE DÍAS QUE TRABAJA							

[1] **Fuente:** Reglamento para la calificación, recalificación y acreditación de personas con discapacidad o con deficiencia o condición discapacitante/ DSM 5/ La Nueva Definición de Discapacidad Intelectual, Apoyos Individuales Y Resultados Personales.

DÍAS QUE TRABAJA	**LUNES**		**MARTES**		**MIÉRCOLES**		**JUEVES**				
	VIERNES		**SÁBADO**		**DOMINGO**		**FERIADOS**				
JORNADA DE TRABAJO	**POR LA MAÑANA**		**POR LA TARDE**		**POR LA MAÑANA Y TARDE**						
	POR LA NOCHE		**OTROS (ESPECIFIQUE):**								
CUÁNTO GANA A LA SEMANA	**0 USD**		**1-5 USD**		**5-10 USD**		**10-15 USD**				
	MAS DE 15 USD										
A QUIÉN ENTREGA EL DINERO	**TODO PARA SUS GASTOS**		**A LA FAMILIA**		**UNA PARTE PARA LA FAMILIA**						
	ENTREGA A TERCEROS		**NO RECIBE DINERO**								
HA SUFRIDO LESIONES O ENFERMEDADES MIENTRAS TRABAJA	**SI**		**NO**								
EN EL CASO DE LESIONES O ENFERMEDADES SEÑALE CUÁL	**FRACTURA**		**INFECCIÓN VISTA**		**PROBLEMAS DE PIEL**		**INFECCIÓN RESPIRAOIRIA**				
	DIARREAS Y VÓMITOS		**INFECCIÓN OÍDO**		**DOLOR DEL CUERPO**		**HERIDAS Y GOLPES**				
	OTROS (ESPECIFIQUE):										
QUIÉN ATENDIO LA LESIÓN O ENFERMEDAD SUFRIDA	**CENTRO DE SALUD**		**HOSPITAL**		**FAMILIA**		**CURANDERO**				
	CLÍNICA PRIVADA		**FARMACEÚ TICO**		**NINGUNO**		**OTRO (ESPECIFIQUE:**				
CON QUIÉN REALIZA TRABAJO INFANTIL	**SOLO**		**ACOMPAÑADO**		**FAMILIAR**						
					NO FAMILIAR						

3. DATOS DEL REPRESENTANTE

NOMBRES Y APELLIDOS											
PARENTESCO	**PADRE**		**MADRE**		**ABUELO/A**		**TÍO/A**				
	VECINO/A		**OTROS (ESPECIFIQUE):**								
SEXO	**HOMBRE**		**MUJER**								
NACIONALIDAD											
NRO. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (CÉDULA, PASAPORTE U OTRO)											
OCUPACIÓN											
LUGAR DE RESIDENCIA (PROVINCIA/CANTÓN/PARROQUIA)											
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (CALLE PRINCIPAL, NRO. Y CALLE SECUNDARIA)											
NRO. DE TELEFONO DE CONTACTO											

4. RESPONSABLE DE APLICACIÓN DE LA FICHA

NOMBRES Y APELLIDOS			
NRO. DE CÉDULA		**CARGO**	
FIRMA		**FECHA DE APLICACIÓN**	

FICHA DE REGISTRO

Fecha:	No. Código:
Nombre niño, niña o adolescente:	
Edad:	Género :
Lugar donde se encuentra el niño, niña o adolescente:	

Quién informa el caso:

Padres _____ Vecinos_____ Amigos_____ Familia_____ C. Salud_____ C. Educativo_____ Juzgados_____ Fiscalía_____ DINAPEN_____ JCPD_____ ONG_____ Otros_____

Observación:

Posibles causas:

Abandono___ Orfandad___ Maltrato___ Abuso sexual___ Explotación sexual___ Trata de personas___ Refugiados o en solicitud de Protección Internacional___ Trabajo Infantil_____ Otros_____

DATOS DEL REFERENTE FAMILIAR:

Nombres y apellidos: Parentesco:

Dirección completa:

Teléfonos:

Observación:

VALORACIÓN DE RIESGO:

ACCIONES REALIZADAS:

DECISIÓN DEL CASO:

- Apoyo Familiar____
- Custodia Familiar____
- Acogimiento Familiar____
- Acogimiento institucional____

Fecha de emisión de la medida:

Organización que ejecutará de la medida:

Firma del Coordinador/a y de otros técnicos que hayan colaborado en el caso:

Adj. Documentos

GUÍA PARA LLENAR ESTA FICHA

Importante: *El presente instructivo tiene como finalidad apoyar a los profesionales que trabajen en el sistema de protección, a llenar la presente ficha de manera precisa, técnica y que contenga información significativa, tanto para las familias como para los equipos, por lo que es importante leerlo previo a su ejecución. Recordar que la información es confidencial y debe ser llenada y compartida con los miembros de la familia.*

La ***FICHA DE REGISTRO*** *es de manejo del equipo técnico que tiene como finalidad poder obtener una información inicial sobre la situación del niño, niña o adolescente y de su familia y que permitirá su ingreso al sistema de protección.*

Esta ficha se usa ambos casos: el pre-registro (Investigación y análisis previo) y el registro (ingreso).

Todas las fichas deben ser llenadas en digital e impresas, con firmas de responsabilidad, previo a la entrega a la autoridad correspondiente (de ser el caso).

A considerar en el momento de realizar el llenado de esta ficha:

- *Cuando se llene a mano, procurar que la letra sea en imprenta y legible y luego proceder a transcribir la información para el archivo digital.*
- *Dentro de la redacción, evitar hacer afirmaciones (en 1ra persona), como, por ejemplo: Me parece que el niño……está fingiendo o la niña …. Es malcriada con su mamá. Además utilizar la tentatividad en la descripción, como, por ejemplo: Se denota que el adolescente se encuentra triste por……., o la Sra. …… refiere que…….etc.*
- *Evitar preguntar con el ¿Por qué? Se puede reemplazar por ¿Cómo así? ¿A qué se debió?*
- *No juzgar y escuchar con interés.*
- *Preguntar con genuina curiosidad, es decir, preguntas con respuestas que no conocemos, evitando re victimizar.*
- *Procurar preguntas abiertas (salvo el caso de ciertas preguntas), que inviten al diálogo y a la reflexión de la información proporcionada.*
- *Si no entendemos alguna respuesta, se debe preguntar ¿Me puede explicar nuevamente…? ¿Qué significa para usted…?*
- *Cuando las personas nos dan amplia información, se debe recapitular lo que se supone que entendimos y luego anotarlo, evitando interpretaciones innecesarias, por ejemplo: señora, lo que usted me dijo es……. ¿estoy entendiendo bien?*

En la siguiente ficha es importante anotar con claridad la siguiente información:

- Anotar claramente la fecha de (pre) registro, para luego pasar al registro.
- Anotar el código que será asignado por la entidad de atención.
- Anotar los nombres y apellidos completos del niño, niña o adolescente, seguido del género al que pertenece.
- Anotar el sitio donde el niño, niña o adolescente se encuentra en el momento de la entrevista.
- Marcar con una X la persona o entidad que reporta el caso, de no existir en el listado marcar en OTROS y anotar en observaciones quien reportó la situación.
- Marcar con X la posible causa de ingreso, de no existir en el listado marcar en OTROS y anotar la causa.

- Anotar los datos del referente familiar que acompañará al niño, niña o adolescente en el proceso, poniendo claramente nombres y apellidos, parentesco, dirección exacta, teléfonos y observaciones, de ser el caso.
- Anotar la VALORACIÓN DE RIESGO, en donde se resumirá la información más significativa obtenida en la investigación y justificación del nivel de gravedad y riesgo asignado (valoración del técnico).
- Anotar las acciones realizadas en la investigaciòn previa con fechas, tales como: Entrevistas, contactos telefónicos, consultas a miembros del equipo, etc.)
- Marcar con una X la medida de protección tomada por las autoridades.
- Anotar la fecha en la que se emite la medida y el nombre de la organización que ejecutará la medida.
- Al final deben firmar el Coordinador y los otros técnicos que hayan colaborado en el caso.