

Registro de contactos con el niño o niña



1. Identificación del niño o niña

Nombre

apellido paternoapellido maternonombres

R.U.N

2. Identificación de Centro de Salud

Centro de Salud

Nombre de la persona que realiza la atención

apellido paternonombres

Profesión

3. Datos del contacto

Fecha del contacto

díamesaño

4. Material entregado al niño o niña

Descubriendo Juntos (Diada)	☐ sí ☐ no	Acompañándote a Descubrir 3 (24 meses)	☐ sí ☐ no
Acompañándote a Descubrir 1 (4 meses)	☐ ☐	Contemos una Historia (3 años)	☐ ☐
Acompañándote a Descubrir 2 (12meses)	☐ ☐	Descubriendo mis emociones (4 años)	☐ ☐

¿Existe otra situación de vulnerabilidad?

síno

☐ Cesantía de entorno familiar.

☐ Bajos ingresos del entorno familiar.

☐ Jefatura de hogar femenina.

☐ Problema de Vivienda/ Allogamiento/ Hacinamiento.

☐ Otro

¿El niño o niña está afectado/a por alguna condición que implique alto riesgo biomédico?

síno

En caso que la respuesta sea “sí”, determina a qué área corresponde el riesgo detectado:

☐ Hijo/a de madre con adicción a las drogas, alcohol y/o tabaco.

☐ Niño/a afectado por maltrato infantil.

☐ Niño/a con malformación congénita.

☐ Enfermedad crónica.

☐ Otro riesgo (especificar cuál)

¿Está de acuerdo con integrarse a Visitas Domiciliarias?

síno

¿Asiste a Sala Cuna o Jardín Infantil?

síno

Aplicación de instrumentos Chile Crece Contigo (Revisar formulario del instrumento adjunto, según corresponda)

Instrumento	Fecha de aplicación	Resultado
Instrumento	Fecha de aplicación	Resultado
Instrumento	Fecha de aplicación	Resultado

¿Quién acompaña al niño o niña al control?

☐ Madre

☐ Padre

☐ Ambos padres

☐ Otro familiar

☐ Otro (especificar relación con el niño/a)