



Registro de Sesiones del Taller Grupal Nadie es Perfecto

1. Establecimiento de Salud

Nombre del Establecimiento de SaludComuna

Nombre del facilitador(a) del taller

apellido paterno nombre

2. Identificación de la sesión

Fecha de realización de la sesión

díamesy año

Hora de inicio del tallerN° de sesiónHora de término

- Temas más utilizados en la sesión
- ☐ Comportamiento infantil
 - ☐ Seguridad y prevención
 - ☐ Autocuidado de padres/ madres/ cuidadores
 - ☐ Desarrollo mental
 - ☐ Desarrollo físico

3. Datos de los niños y niñas asistentes al Taller

	Nombre del niño o niña	R.U.N.	R.U.N asistente	Parentesco	R.U.N. acompañante	Parentesco	Material entregado	Recibí conforme	VDI o EP (*)
1.	apellido paterno nombre			M P A O		M P A O	A B C D E		☐
2.				M P A O		M P A O	A B C D E		☐
3.				M P A O		M P A O	A B C D E		☐
4.				M P A O		M P A O	A B C D E		☐
5.				M P A O		M P A O	A B C D E		☐
6.				M P A O		M P A O	A B C D E		☐
7.				M P A O		M P A O	A B C D E		☐
8.				M P A O		M P A O	A B C D E		☐
9.				M P A O		M P A O	A B C D E		☐
10.				M P A O		M P A O	A B C D E		☐
11.				M P A O		M P A O	A B C D E		☐
12.				M P A O		M P A O	A B C D E		☐
13.				M P A O		M P A O	A B C D E		☐

M: madre P: padre A: abuelo(a) O: otro(a)

(*) sólo llenar en primer contacto del usuario(a) con el taller
VDI: Visita Domiciliaria Integral
EP: Entrevista Personal

Observaciones