

Registro de contactos con el niño o niña



1. Identificación del niño o niña

Nombre

apellido paterno

apellido materno

nombres

R.U.N

2. Identificación de Centro de Salud

Centro de Salud

Nombre de la persona que realiza la atención

apellido paterno

nombres

Profesión

3. Datos del contacto

Fecha del contacto

día

mes

año

4. Material entregado al niño o niña

Acompañándote a descubrir I	sí	no	Acompañándote a descubrir II	sí	no
Pack 1	☐	☐	Pack 1	☐	☐
Pack 2	☐	☐	Pack 2	☐	☐
Pack 3	☐	☐	Pack 3	☐	☐
			Pack 4	☐	☐
			Pack 5	☐	☐

¿Existe otra situación de vulnerabilidad distinta a los riesgos de la pauta? ☐ sí ☐ no

☐ Cesantía de entorno familiar.

☐ Bajos ingresos del entorno familiar.

☐ Jefatura de Hogar Femenina.

☐ Problema de Vivienda/ Allegamiento/ Hacinamiento.

☐ Otro

¿El niño o niña está afectado/a por alguna condición que implique alto riesgo biomédico? ☐ sí ☐ no

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? ☐ sí ☐ no

¿Asiste a Sala Cuna o Jardín Infantil? ☐ sí ☐ no

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

Instrumento	Fecha de aplicación	Resultado
Instrumento	Fecha de aplicación	Resultado

¿Quién acompaña al niño o niña al control?

☐ Madre

☐ Otro familiar

☐ Otro (especificar relación con el niño/a)

Registro de contactos con el niño o niña



1. Identificación del niño o niña

Nombre

apellido paterno

apellido materno

nombres

R.U.N

2. Identificación de Centro de Salud

Centro de Salud

Nombre de la persona que realiza la atención

apellido paterno

nombres

Profesión

3. Datos del contacto

Fecha del contacto

día

mes

año

4. Material entregado al niño o niña

Acompañándote a descubrir I		sí	no	Acompañándote a descubrir II		sí	no
Pack 1		☐	☐	Pack 1		☐	☐
Pack 2		☐	☐	Pack 2		☐	☐
Pack 3		☐	☐	Pack 3		☐	☐
				Pack 4		☐	☐
				Pack 5		☐	☐

¿Existe otra situación de vulnerabilidad distinta a los riesgos de la pauta? ☐ sí ☐ no

- ☐ Cesantía de entorno familiar.
- ☐ Bajos ingresos del entorno familiar.
- ☐ Jefatura de Hogar Femenina.
- ☐ Problema de Vivienda/ Allegamiento/ Hacinamiento.
- ☐ Otro

¿El niño o niña está afectado/a por alguna condición que implique alto riesgo biomédico? ☐ sí ☐ no

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? ☐ sí ☐ no

¿Asiste a Sala Cuna o Jardín Infantil? ☐ sí ☐ no

Aplicación de instrumentos Chile Crece Contigo

(Revisar formulario del instrumento adjunto, según corresponda)

Instrumento	Fecha de aplicación	Resultado
Instrumento	Fecha de aplicación	Resultado

¿Quién acompaña al niño o niña al control?

- ☐ Madre
- ☐ Otro familiar
- ☐ Otro (especificar relación con el niño/a)
-