**Evaluación de Necesidades: ESCI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA** | | | |
| Nombre (como se indica): | | Otros nombres usados: | |
| Edad, indicado: | Edad, verificada: | | Fecha de nacimiento (si es conocida): |
| Ciudadanía: | Etnicidad: | | País/Providencia de origen: |
| Estado Civil:  Soltera  Comprometido  Casada  Separada  Enviudada  Vive con pareja  Divorciada | | Hijo(s):  Si  No  En caso afirmativo, por favor especificar cantidad/edad(es): | |
| Dirección (de origen): | | Dirección (actual): | |
| Número(s) de teléfono: | | Idioma preferido: | |
| Participación Interinstitucional (ONGs, Oficiales gubernamentales, hogares, etc.): | | | |
| Participante se compromete a en el caso legal:  Si  No  Inseguro  Comentarios: | | | |

|  |
| --- |
| **PROBLEMA PRESENTADO** *Por favor dé una breve descripción del motivo de la remisión del caso* |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| SISTEMA DE APOYO *Sentido de conexión/pertenencia y acceso a ayuda* | |
| Historial Psicosocial | **No se puede evaluar en este momento:** |
| Prenatal/Nacimiento (ej., complicaciones durante embarazo, exposición a sustancias, etc.): | |
| Niñez/Adolescencia (ej., hitos de desarrollo, apego, separación, temperamento, relaciones con compañeros): | |
| Historial Familiar | **No se puede evaluar en este momento:** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nombre: | Relación: | Vivo  Fallecido | | Calidad de Relación:  Buena  Razonable  Mala | Profesión: | Edad: | | Vive en el hogar:  Si  No | Consciente de la situación del participante:  Si  No | Presunto Autor:  Si  No | | Información de Contacto: | | | | Comentarios: | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nombre: | Relación: | Vivo  Fallecido | | Calidad de Relación:  Buena  Razonable  Mala | Profesión: | Edad: | | Vive en el hogar:  Si  No | Consciente de la situación del participante:  Si  No | Presunto Autor:  Si  No | | Información de Contacto: | | | | Comentarios: | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nombre: | Relación: | Vivo  Fallecido | | Calidad de Relación:  Buena  Razonable  Mala | Profesión: | Edad: | | Vive en el hogar:  Si  No | Consciente de la situación del participante:  Si  No | Presunto Autor:  Si  No | | Información de Contacto: | | | | Comentarios: | | | | |
| Otras Personas Significantes | **No se puede evaluar en este momento:** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nombre: | Relación: | Vivo  Fallecido | | Calidad de Relación:  Buena  Razonable  Mala | Profesión: | Edad: | | Vive en el hogar:  Si  No | Consciente de la situación del participante:  Si  No | Presunto Autor:  Si  No | | Información de Contacto: | | | | Comentarios: | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Nombre: | Relación: | Vivo  Fallecido | | Calidad de Relación:  Buena  Razonable  Mala | Profesión: | Edad: | | Vive en el hogar:  Si  No | Consciente de la situación del participante:  Si  No | Presunto Autor:  Si  No | | Información de Contacto: | | | | Comentarios: | | | | |
| Participación de la Comunidad | **No se puede evaluar en este momento:** |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | ¿Donde vivía el participante antes de ser victimizado? | | Calidad de relación con la comunidad:  Buena  Razonable  Mala | | ¿Tiene una persona de apoyo?  Si  No  Si afirmativo, ¿quién?  ¿Qué tipo de apoyo ofrece?  Económico  Emocional  Otro, por favor especificar: | | ¿Tiene amigos?  Si  No  Calidad de relación con amigos:  Buena  Razonable  Mala | | ¿El participante ha participado previamente con una ONG? Si  No Si afirmativo, ¿quién? | | | | ¿El participante practica una religión? | Cristiandad  Judaísmo  Islam  Hinduismo  Budismo  Brujería  Animismo  Otro | | | Si participa, ¿cuál es su nivel de participación en su comunidad religiosa? | Activo  Nominal  Interesado  No-activo  Si activo, ¿puede ejercer como él/ella elige?  Si  No  No Aplicable | | | Comentarios: | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ENPODERAMIENTO ECONÓMICO *Apoyo financiero y oportunidades económicas/educativas* | |
| Historia de Educación | **No se puede evaluar en este momento:** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Asiste a la escuela: | Si  No Si afirmativo, ¿dónde?:  Abandonado Especificar porque: | | Nivel más alto completado: | | Experiencia en la escuela: | Le gusta  Insegura  No le gusta | ¿Quiere seguir estudiando?  Si  No | | | Historia de educación no-formal: | Sastrería  Costura  Cosmetología  Joyería  Cocina  Computación  Otro, especifique: | | | | Acceso a educación: | Si  No Distancia a la escuela:       Medios de transportación: | | | | Cuotas escolares: | Si  No  Insegura Si afirmativo, especifique ¿cuánto?: ¿Tiene medios de pagar la cuota?:  Si  No | | | | Comentarios: |  | | | | |
| Historia de Formación Profesional (Vocacional) | **No se puede evaluar en este momento:** |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ¿El participante ha tenido empleo antes de o desde que fue victimizada (*con la excepción de la prostitución*)? | | Si  No Si afirmativo, especifique: | | | | ¿La participante está interesada en trabajar? | | Si  No Si afirmativo, especifique: | | | | ¿Qué idiomas habla el participante, y cuál es su nivel de fluidez? | Idioma:  Leer  Escribir  Hablar  Comprender | Idioma:  Leer  Escribir  Hablar  Comprender | Idioma:  Leer  Escribir  Hablar  Comprender | Idioma:  Leer  Escribir  Hablar  Comprender | | Habilidades adicionales: | | | | | | Comentarios: | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vivienda *Vivienda estable, segura* | | |
| Hogar de Origen *(como descrito por el participante)* | | **No se puede evaluar en este momento:** |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **Nunca** | **A veces** | **Usualmente** | **Siempre** | **Especifique:** | | Hay abuso físico en el hogar. |  |  |  |  |  | | Hay abuso verbal en el hogar. |  |  |  |  |  | | Hay abuso sexual en el hogar. |  |  |  |  |  | | Hay abuso de sustancias en el hogar. |  |  |  |  |  | | Hay negligencia en el hogar. |  |  |  |  |  | | Hay prostitución o participación en la prostitución en el hogar. |  |  |  |  |  | | El participante tiene vivienda estable. |  |  |  |  |  | | El participante puede comer suficiente a diario. |  |  |  |  |  | | El participante tiene acceso a agua limpia. |  |  |  |  |  | | El participante se siente seguro en su hogar. |  |  |  |  |  | | | |
| Preguntas Adicionales sobre la Vivienda | **No se puede evaluar en este momento:** | |
| |  | | --- | | ¿En qué tipo de vivienda vivía el participante?  Propio  Arrendado  Del gobierno  Ocupación ilegal  Otro: | | Describa la condición de la vivienda: | | ¿Cómo paga(n) por para la vivienda? | | ¿Cuál es el ingreso mensual de la familia?       ¿Quién contribuye al ingreso mensual de la familia?: | | ¿Hay alguien en la casa del participante, o alguna pareja, que tienen una deuda?  Si  No  Si afirmativo, ¿quién tiene la deuda y cuanto se debe?  ¿Cuál es la responsabilidad del participante en el pago de la deuda? | | ¿El participante alguna vez se ha huido, o intentado huir, de casa?  Si  No  Si afirmativo, ¿porque y a donde se fue? | | ¿El participante, algún miembro de su familia o alguna pareja ha estado involucrado en una pandilla o en algún crimen?:  Si  No  Si afirmativo, especifique: | | Comentarios: | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SALUD *Acceso a atención médica y motivación para el cuidado de salud personal*** | |
| **Estado e Historia Medica** | **No se puede evaluar en este momento:** |
| Describir el estado actual de salud del participante:  Bueno  Mediocre  Malo | Especifique: |
| ¿Cómo describe el participante estado de salud física actual?  Bueno  Mediocre  Malo | Especifique: |
| ¿El participante toma medicamentos regularmente?  Si  No  Desconocido | Especifique: |
| ¿Discapacidad(es) Conocidas:  Si  No | Si afirmativo, especifique: |
| ¿Historia de enfermedades o heridas serias?  Si  No | Si afirmativo, especifique: |
| ¿Se ha completado un examen médico inicial?  Si  No  Desconocido  *Haga clic para anotar la fecha.* | ¿Se ha completado un examen pélvico inicial?  Si  No |
| ¿Se ha completado exámenes de ITS?  Si  No  Desconocido  *Haga clic para anotar la fecha.* | Resultados:  Positivo  Negativo  Participante no desea compartir  Especifique: |
| Si positivo, ¿Se ha comenzado tratamiento para ITS?  Si  No  Desconocido | Especifique: |
| ¿Se ha completado pruebas de VIH?  Si  No  Desconocido  *Haga clic para anotar la fecha.* | Resultados:  Positivo  Negativo  Participante no desea compartir |
| Si positivo, ¿Se ha comenzado tratamiento para VIH?  Si  No  Desconocido | Especifique: |
| ¿Se ha completado pruebas de TB?  Si  No  Desconocido  *Haga clic para anotar la fecha.* | Resultados:  Positivo  Negativo  Participante no desea compartir |
| Si positivo, ¿Se ha comenzado tratamiento para TB?  Si  No  Desconocido | Especifique: |
| ¿El participante tiene un historial de uso de contraceptivos?  Si  No  Si afirmativo:  Condones  Pastilla contraceptiva  Dispositivo intra-urinario  Otro, especifique: | ¿El participante es sexualmente activo?  Si  No |
| ¿La participante está embarazada?  Si  No  ¿La participante tiene antecedentes de embarazos?  Si  No | Fecha de nacimiento estimada:  *Haga clic para anotar la fecha.*  Especifique: |
| ¿La participante tiene antecedentes de abortos?  Si  No | Especifique: |
| ¿El participante tiene antecedentes de adicción(es)?  Si  No | Si afirmativo, especifique:  Alcohol  Tabaco de masticar  Cigarrillos  Otro: |
| ¿El participante está exhibiendo síntomas de abstinencia  Si  No | Si afirmativo, especifique: |
| Comentarios: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RECUPERACION DEL TRAUMA *Baja incidencia/frecuencia de síntomas del trauma, afrontamiento positivo y relaciones saludables* | | |
| Estado e Historial Psicológico | **No se puede evaluar en este momento:** | |
| |  |  | | --- | --- | | Ideación suicida | Ninguno  Pensamientos  Planes  Medios  Atentados previos, especifique: | | Ideación homicida | Ninguno  Pensamientos  Planes  Medios  Atentados previos, especifique: | | ¿Historia de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico? | Si  No Si afirmativo, especifique: | | Comentarios: | | | | |
| Síntomas Actuales: | | **No se puede evaluar en este momento:** |
| ¿Se ha completado una Evaluación de Síntomas del Trauma?  Si  No Si afirmativo, especifique detalles disponibles: | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **A continuación hay una lista de eventos o situaciones traumáticas. Por favor, diga si ha experimentado o presenciado los siguientes eventos o si no ha tenido esa experiencia.** | **Si** | **No** | **Ninguna respuesta** | **Respuesta espontanea** | | 1. Accidente serio, fuego o explosión |  |  |  |  | | 1. Desastres naturales (inundaciones, terremoto, etc.) |  |  |  |  | | 1. Asalto físico (no-sexual) por alguien conocido |  |  |  |  | | 1. Asalto físico (no-sexual) por alguien desconocido |  |  |  |  | | 1. Asalto sexual por algún miembro de su familia o alguien conocido |  |  |  |  | | 1. Asalto sexual por alguien desconocido |  |  |  |  | | 1. Encarcelamiento |  |  |  |  | | 1. Tortura |  |  |  |  | | 1. Enfermedad que amenaza la vida |  |  |  |  | | 1. Otros eventos traumáticos, Especifique: |  |  |  |  | | **De todas las situaciones difíciles que usted ha mencionado, ¿cuáles de ellas le están preocupando/molestando ahora?** | | | | | | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **A continuación, hay una lista de los problemas que las personas tienen a veces después de experimentar una situación difícil. Por favor, diga si y con qué frecuencia estas cosas le han sucedido a usted durante los últimos dos meses.** | **Ninguna ves** | **De vez en cuando/**  **Un poco/**  **1 vez por semana o menos** | **Con frecuencia/**  **Mitad del tiempo/**  **2-4 veces a la semana** | **Muchísimo/**  **Casi siempre/**  **3-5 veces a la semana** | | Tener pensamientos perturbadores o imágenes sobre el evento traumático que surgen a la cabeza cuando usted no los quiere |  |  |  |  | | Tener malos sueños o pesadillas sobre el evento traumático |  |  |  |  | | Revivir el evento traumático (actuar como si estuviera sucediendo de nuevo) |  |  |  |  | | Sentirse emocionalmente molesta al recordar el evento traumático |  |  |  |  | | Experimentar reacciones físicas al recordar el evento traumático |  |  |  |  | | Tratar de no pensar o hablar del evento traumático |  |  |  |  | | Tratar de evitar actividades o personas que le recuerdan del evento traumático |  |  |  |  | | No puede acordarse de una parte importante del evento traumático |  |  |  |  | | Tener menos interés o participar con mucha menos frecuencia en actividades importantes |  |  |  |  | | Sentirse distante o separado de las personas que le rodean |  |  |  |  | | Sentirse entumecido emocionalmente (incapaz de llorar o sentir amor) |  |  |  |  | | Sentirse como si sus esperanzas o planes futuros no se harán realidad |  |  |  |  | | Tener dificultad caerse dormido o permanecer dormido |  |  |  |  | | Sentirse irritable o tener ataques de ira |  |  |  |  | | Tener problemas de concentración |  |  |  |  | | Sentirse bien/demasiado alerta |  |  |  |  | | Sentirse nervioso o fácilmente sobresaltado |  |  |  |  | | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Por favor indique si los problemas que usted ha mencionado han interferido con las siguientes áreas de su vida:** | **Si** | **No** | **No sabe** | **Ninguna Respuesta** | | 1. Trabajo o trabajo escolar |  |  |  |  | | 1. Responsabilidades domiciliarias |  |  |  |  | | 1. Amistades |  |  |  |  | | 1. Relaciones familiares |  |  |  |  | | 1. Participación de la Comunidad |  |  |  |  | | 1. Satisfacción de la vida en general |  |  |  |  | | 1. Funcionamiento total |  |  |  |  | | | | ¿Cuáles son algunas de las habilidades de afrontamiento del participante? | Hablar  Arte  Música Ejercicio  Llorar  Escribir  Baile  Leer  Dormir  Deportes  Otro, especifique: | | Indique tres fortalezas del participante. |  | | Comentarios: | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| PROTECTION *La libertad de los abusos y la seguridad personal* | |
| Historia Personal | **No se puede evaluar en este momento:** |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **De acuerdo al Participante:** | **Si** | **No** | **Sospechado** | **Especifique:** | | ¿Él/ella ha sido abusado verbalmente? |  |  |  |  | | ¿Él/ella ha sido abusado físicamente? |  |  |  |  | | ¿Él/ella ha sido abusado sexualmente? |  |  |  |  | | ¿Él/ella ha sido abandonado? |  |  |  |  | | ¿Qué probabilidades hay de que el participante pueda identificar situaciones de riesgo tales como el reclutamiento para la trata, perfiles de traficantes, las prácticas de préstamos, la servidumbre por deudas, etc. y evitar tales peligros?  Probable  No es seguro  No es probable  Especifique: | | | | | | Comentarios: | | | | | | |

|  |
| --- |
| METAS |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | El participante tiene metas para: | Sistema de Apoyo  Empoderamiento Económico  Vivienda  Protección  Salud  Recuperación del Trauma  Asistencia Legal | Especifique: prueba  Especifique:  Especifique:  Especifique:  Especifique:  Especifique:  Especifique: | |
| |  |  | | --- | --- | | **Completado por:** | Fecha: *Haga clic para anotar la fecha.* | | **Aprobado por:** | Fecha: *Haga clic para anotar la fecha.* | |