**Plan de Tratamiento casos de Explotación Sexual Comercial de NNA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEMOGRAFIA** | | | |
| **Nombre del Cliente:** | | **Número del Caso:** | |
| **Fecha de Nacimiento:** | **Trabajadora de Caso:** | | **Fecha:** |
| **Caso:** | | **Esta seguiendo la participante un plan de tratamiento?**  Si  No | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESTANDARES ETICOS** | |
| **Discutir confidencialidad:**  Si  No  *Notas:* | **Obtener Consentimiento Informado:**  Si  No  *Notas:* |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORTALEZAS**  ***Factores de Protección- talentos, habilidades, recursos personales y ambientales*** |  |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROTECCION**  ***La libertad del abuso y seguridad personal*** | | | | |  | **Resultado Inicial de ASO: 1** |
| **META** | **FECHA OBJETIVA** | **OBJETIVOS** | **FECHA OBJETIVA** | **ESTADO** | **PROPORCIONADO POR** | **COMENTARIOS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RECUPERACION DEL TRAUMA**  ***Incidencia baja/frequencia de las sintomas del trauma, afrontamiento positivo, y relaciones saludables*** | | | | |  | **Resultado Inicial de ASO: 2** |
| **META** | **FECHA OBJETIVA** | **OBJETIVOS** | **FECHA OBJETIVA** | **ESTADO** | **PROPORCIONADO POR** | **COMENTARIOS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EMPODERAMIENTO ECONOMICO**  ***Apoyo financiero y oportunidades economicos/educacional*** | | | | |  | **Resultado Inicial de ASO: 2** |
| **META** | **FECHA OBJETIVA** | **OBJETIVOS** | **FECHA OBJETIVA** | **ESTADO** | **PROPORCIONADO POR** | **COMENTARIOS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SISTEMA DE APOYO**  ***Sentido de conexion/pertenencia y acceso a ayuda*** | | | | |  | **Resultado Inicial de ASO: 3** |
| **META** | **FECHA OBJETIVA** | **OBJETIVOS** | **FECHA OBJETIVA** | **ESTADO** | **PROPORCIONADO POR** | **COMENTARIOS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VIVIENDA**  ***Un hogar estable y seguro*** | | | | |  | **Resultado Inicial de ASO: 1** |
| **META** | **FECHA OBJETIVA** | **OBJETIVOS** | **FECHA OBJETIVA** | **ESTADO** | **PROPORCIONADO POR** | **COMENTARIOS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SALUD**  ***Acceso a la atención medica y motivación del cuidado de la salud personal*** | | | | |  | **Resultado Inicial de ASO: 1** |
| **META** | **FECHA OBJETIVA** | **OBJETIVOS** | **FECHA OBJETIVA** | **ESTADO** | **PROPORCIONADO POR** | **COMENTARIOS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APOYO LEGAL**  **Participante está dispuesto testificar:**  **Si  No** | | | | |  |  |
| **META** | **FECHA OBJETIVA** | **OBJETIVOS** | **FECHA OBJETIVA** | **ESTADO** | **PROPORCIONADO POR** | **COMENTARIOS** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Comentarios:** |