|  |
| --- |
| **Formato de registro del acercamiento con la familia para obtener información sobre la situación de derechos de niñas, niños y adolescentes** |

******

|  |
| --- |
| **Fecha de acercamiento:** |
| **Nombre, edad, ocupación y datos económicos, dirección, estado familiar, escolaridad, correo electrónico, religión y teléfono de las personas adultas responsables de la NNA (incluyendo cuidadores):** |
| **Nombre (s), edad, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento y datos escolares de la NNA:** |
| **Información aportada por la familia sobre la situación de la NNA:** |
| **Información aportada por la familia sobre redes familiares y comunitarias:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ELEMENTOS POR PREGUNTAR A LA FAMILIA** | | | |
| **¿Está registrado en el registro civil?** | **SI** | **NO** | **NO APLICA** |
| **¿Tiene acta de nacimiento?** | **SI** | **NO** | **NO APLICA** |
| **¿Hay algún hijo o hija que no viva con la familia?** | | | |
| **En caso de que algún hijo o hija que no viva con la familia ¿tiene convivencia con la NNA?** | | | |
| **¿La opinión de la NNA es considerada y tomada en cuenta?** | **SI** | **NO** | **NO APLICA** |
| **¿Alguien lo cuida la mayor parte del tiempo? ¿Quién?** | | | |
| **¿La niña, niño o adolescente vive en una vivienda adecuada para su desarrollo? Nota: esta información puede ser recabada mediante una entrevista y posteriormente verificada en visita domiciliaria si fuera necesario.** | | | |
| **¿Ha visto peleas o cualquier otro tipo de violencia? ¿Cómo fue?** | | | |
| **¿Ha recibido golpes o insultos? ¿Por parte de quién?** | | | |
| **¿Qué come normalmente? ¿Cuántas veces al día consume alimentos? (-alimentación adecuada-)** | | | |
| **¿Cuándo fue la última vez que lo llevaron al doctor?** | | | |
| **¿Tienen cartilla de vacunación?** | **SI** | **NO** | **NO APLICA** |
| **¿Está completa?** | **SI** | **NO** | **NO APLICA** |
| **¿Ha estado enfermo? ¿De qué?** | | | |
| **¿Recibió asistencia médica?** | **SI** | **NO** | **NO APLICA** |
| **¿Tiene servicio médico de seguro social, seguro popular, ISSSTE, PEMEX o SEDENA?** | | | |
| **¿Alguno de sus hijos o hijas tiene alguna discapacidad?** | | | |
| **Si requiere aditamentos (silla de ruedas, muleta, lentes etc.) ¿cuenta con ellos?** | | | |
| **¿La NNA se encuentra inscrito en escuela?** | | | |
| **¿La NNA asiste regularmente a la escuela?** | | | |
| **¿se da algún seguimiento a su desempeño escolar? ¿quién?** | | | |
| **¿Realiza actividades recreativas? ¿con quién y de qué forma socializa?** | | | |
| **Grado de negación: Alto bajo**  ¿La persona a cargo del cuidado de la NNA **reconoce que pasó** algo que le resulta a este perjudicial o lo pone en riesgo?  Si No  ¿Reconoce que, como persona adulta, **tiene la responsabilidad** de que las NNA tengan todo lo que necesitan para crecer bien y no sufrir vulneración a sus derechos? Si No  ¿Reconoce que **necesita ayuda** para que la NNA tenga todo los que necesita? Si No  ¿**Está dispuesto** a hacer esfuerzos/compromisos para lograr lo necesario para las NNA estén bien? Si No  **Descripción sobre grado de negación de las personas adultas a cargo de la NNA:**  Si alguno o la mayoría de las respuestas son NO, el grado de negación de la persona adulta a cargo de la NNA probablemente será ALTO | | | |
| **Observaciones sobre grado de afectación emocional (actitud, disposición y estado de ánimo) y/o física (enfermedades, adicciones, discapacidad) de las personas adultas a cargo de la NNA:** | | | |

|  |
| --- |
| **Información aportada por la familia durante el dialogo experimental (que manifiestan necesitar para proteger mejor a la NNA)** |
| **Nombre/s de quien/ es elabora/n el documento:**  **Firma/s de quien /es elaboran el documento:** |
| **Otros datos u observaciones (información aportada por el entreno escolar, comunitario, institucional etc.):** |