

### 1. IDENTIFICACIÓN

- 1.1. Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_
- 1.2. No. Distrito: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_
- 1.3. Congregación: \_\_\_\_\_
- 1.4. Fecha de nacimiento: *Día ( DD ) Mes ( MM ) Año ( AAAA )*
- 1.5. Nombre del Pastor: \_\_\_\_\_
- 1.6. Dirección: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_
- 1.7. Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_
- 1.8. Responsable del menor (adulto con quien vive) :
- Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_

### 2. SALUD

- 2.1. ¿El niño- adolescente está afiliado a un sistema de salud? *Sí ( ) No ( )*
- 2.2. ¿En los últimos 30 días en caso de enfermedad pudo acudir a su entidad prestadora de salud? *Sí ( ) No ( )*
- 2.3. ¿La calidad de salud con que cuentan es buena? *Sí ( ) No ( )*
- 2.4. ¿Qué aspectos influyen en la calidad de la salud con que cuentan?
- Demora de citas ( )*
- Trámites excesivos ( )*
- No entrega de medicamentos ( )*
- No hay especialistas ( )*
- 2.5. El estado de salud del menor en general es: *Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )*
- 2.6. Dada la condición física , mental y sin ningún tipo de ayuda, el menor puede:

	No puede	Con dificultad	Sin dificultad
¿Oír la voz o los sonidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hablar o conversar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ayudar de otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ver de cerca, de lejos o alrededor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escaleras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Agarrar o mover objetos con las manos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Comer, vestirse o bañarse por sí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Relacionarse o interactuar con las demás personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos, respiratorios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.7. Para esta dificultad el menor utiliza de manera permanente:

Gafas ( )

Implantes ( )

Bastones ( )

Sillas de ruedas ( )

Otro dispositivo ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Ayuda permanente de otra persona ( )

Medicamentos o terapias ( )

Otro tratamiento ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

2.8. ¿Durante los últimos 12 meses el menor tuvo que estar hospitalizado? Si ( ) No ( )

### 3. EDUCACIÓN

3.1. ¿El menor sabe leer y escribir? Si ( ) No ( )

3.2. ¿Estudia actualmente? Si ( ) No ( )

3.3. Nivel educativo más alto que ha alcanzado: \_\_\_\_\_

3.4. ¿Ha recibido alguna beca para estudiar este año? Si ( ) No ( )

3.5. ¿Ha recibido subsidio en dinero para estudiar este año? Si ( ) No ( )

3.6. ¿El menor ha recibido algún apoyo en programa de sistemas o equipo para mejorar su situación?

Si ( ) No ( ) ¿De qué institución? \_\_\_\_\_

3.7. ¿Está inscrito a alguna institución especializada para tratar la dificultad del menor?

Si ( ) No ( ) ¿Cuál institución? \_\_\_\_\_

3.8. ¿Conoce alguna institución (presencial o virtual) donde mejoren las condiciones cognitivas del menor?

Si ( ) No ( ) ¿Cuál institución? \_\_\_\_\_

3.9. ¿Conoce algún dispositivo que mejoraría las habilidades o destrezas del menor con relación a su dificultad?

Si ( ) No ( ) ¿Cuál institución? \_\_\_\_\_

### 4. SEGURIDAD

#### VIVIENDA

4.1. Tipo de vivienda donde está el menor: Casa ( ) Apartamento ( ) Cuarto ( )

4.2. La vivienda es: Propia ( ) Arrendada ( ) Prestada ( ) Inquilinato ( )

4.3. Material predominantes de las paredes exteriores:

Bloque o ladrillo ( ) Madera ( ) Material prefabricado ( ) Zinc ( ) Plástico ( )

4.4. Material predominante de los pisos:

Alfombra o tapete ( ) Madera ( ) Cerámica ( ) Cemento ( ) Tierra ( )

4.5. Material predominante del techo:

*Plancha de concreto* ( ) *Tejas de barro* ( ) *Teja plástica* ( ) *Plástico* ( )

4.6. ¿Qué servicios tiene la vivienda donde vive el menor?

*Energía* ( ) *Acueducto* ( ) *Alcantarillado* ( )

4.7. Incluyendo sala y comedor ¿Cuántos cuartos dispone esta vivienda?

4.8. ¿Cuántas personas viven en la misma vivienda? \_\_\_\_\_

4.9. ¿El menor cuenta con una cama para él solo? *Si* ( ) *No* ( )

4.10. ¿La vivienda necesita reformas estructurales urgentes? *Si* ( ) *No* ( )

4.11. ¿Si se necesitara una ampliación o reforma, la vivienda cuenta el terreno? *Si* ( ) *No* ( )

**SOSTENIMIENTO:**

4.12. El menor dónde permanece la mayor parte del tiempo:

*Casa* ( ) *Hogar comunitario* ( ) *Casa de otro familiar o vecino* ( )

4.13. ¿Con quién permanece la mayor parte del tiempo?

*Solo* ( ) *Con papá o mamá* ( ) *Con otro adulto* ( ) *Un vecino* ( ) *Con otros menores* ( )

4.14. De las personas que viven en la casa, quiénes tienen ingresos estables:

*Padre* ( ) *Madre* ( ) *Otros* ( ) ¿Cual? \_\_\_\_\_

4.15. En el trabajo la persona que sustenta la casa, es:

*Empleado* ( )

*Empleado doméstico* ( )

*Trabajador independiente* ( )

*Profesional independiente* ( )

*Patrón o empleador* ( )

*Jornalero* ( )

4.16. ¿La persona que sustenta tiene algún tipo de contrato? *Si* ( ) *No* ( )

4.17. ¿Que tipo de contrato es?

*Verbal* ( ) *Escrito* ( ) *A término indefinido* ( ) *A término fijo* ( )

4.18. ¿Cuánto ganó la persona que sustenta la casa, el mes pasado?

\_\_\_\_\_

## 5. OPORTUNIDADES

5.1. La persona con la que permanece el menor, ¿Realiza qué actividades con él?

*Leer libros o historias* ( )

*Realizar actividades artísticas o manuales* ( )

*Cantar* ( )

*Realizar juegos o rondas* ( )

*Salir al parque* ( )

*Ver televisión* ( )

*Realizar alguna actividad deportiva* ( )

*Juegos o actividades con dispositivos electrónicos* ( )

*Otras* ( ) ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

*Ninguna de las anteriores* ( )

5.2. ¿Con qué frecuencia la persona con quien permanece el menor, hace estas actividades?

*Todos los días* ( )    *Al menos una vez a la semana* ( )    *Al menos una vez al mes* ( )

5.3. ¿El menor está matriculado en algún club de deporte o manualidades? *Si* ( ) *No* ( )

5.4. ¿En el hogar hay acceso a internet? *Si* ( ) *No* ( )

5.5. ¿Que tipo de internet es? *Vía Wifi* ( ) *Vía cableado* ( )

5.6. ¿En el hogar hay un dispositivo que el menor pueda usar? *Si* ( ) *No* ( )

FUNDACIÓN  
OBRA SOCIAL UNIDA  
SEMBRANDO BIENESTAR