

## FORMATO PARA CASOS DE RIESGO O DESPROTECCIÓN FAMILIAR

| <b>I. DATOS DEL INFORMANTE</b>   |                         |   |
|--|-------------------------|---|
| Nombres y Apellidos:   | Nacionalidad:           |   |
| Fecha de Nacimiento:                      Edad:  | Lengua/Idioma/dialecto: |   |
| Sexo: Hombre ( <input type="checkbox"/> )    Mujer ( <input type="checkbox"/> )                      Tiene discapacidad: No ( <input type="checkbox"/> )<br><div style="text-align: right; margin-left: 300px;">Sí ( <input type="checkbox"/> ) Física ( <input type="checkbox"/> ) Sensorial ( <input type="checkbox"/> ) Psíquica ( <input type="checkbox"/> ) Mental ( <input type="checkbox"/> )</div> |                         |   |
| N° DNI:  | Otro documento/N°:      |   |
| Dirección:   |                         |   |
| Celular:   |                         |   |
| <b>II. DATOS GENERALES DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE (Llenar sólo los datos que conoce)</b>   |                         |   |
| Nombres y Apellidos:   | Nacionalidad:           |   |
| Fecha de Nacimiento:                      Edad:  | Lengua/Idioma/dialecto: |   |
| Sexo: Hombre ( <input type="checkbox"/> )    Mujer ( <input type="checkbox"/> )                      Tiene discapacidad: No ( <input type="checkbox"/> )<br><div style="text-align: right; margin-left: 300px;">Sí ( <input type="checkbox"/> ) Física ( <input type="checkbox"/> ) Sensorial ( <input type="checkbox"/> ) Psíquica ( <input type="checkbox"/> ) Mental ( <input type="checkbox"/> )</div> |                         |   |
| N° DNI:  | Otro documento/N°:      | Gestante: No ( <input type="checkbox"/> ) Sí ( <input type="checkbox"/> ) Tiempo: _ |
| Asistencia escolar: ( <input type="checkbox"/> ) Sí Grado y nivel: _____ ( <input type="checkbox"/> ) No motivo: _____ ( <input type="checkbox"/> ) No corresponde   |                         |   |
| Consumo de drogas: ( <input type="checkbox"/> ) Sí ( <input type="checkbox"/> ) No    Enfermedades crónicas: ( <input type="checkbox"/> ) Sí ( <input type="checkbox"/> ) No    Seguro de salud:    Sí ( <input type="checkbox"/> ) No ( <input type="checkbox"/> )  |                         |   |
| Dirección domiciliaria:  |                         |   |
| Referencia:  |                         |   |
| Distrito:  | Provincia:              | Departamento:   |

| LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE SE ENCUENTRA EN LA SIGUIENTE SITUACIÓN:     | Marcar con X |
|---|--------------|
| 1. Violencia sexual en el entorno familiar                              |              |
| 2. Explotación sexual   |              |
| 3. Violencia Física en el entorno familiar                              |              |
| 4. Violencia psicológica en el entorno familiar                         |              |
| 5. Trabajo infantil en situación de calle u otros que vulneren derechos |              |
| 6. Vida en calle  |              |
| 7. Mendicidad   |              |
| 8. Negligencia o Descuido   |              |
| 9. Conductas de riesgo en la familia de origen                          |              |
| 10. Trata de niñas, niños y adolescentes                                |              |
| 11. Abandono  |              |
| 12. No asiste al colegio  |              |
| <b>Describir otras situaciones:</b>                                     |              |
| 13.   |              |