| **REGISTRO DE LLAMADA** |
| --- |
| Dirección territorial: |   |
| Fecha de llamada: |   |
| Solicitud SGV Número: |   |
| Nombre solicitante del recurso de indemnización: |   |
| Nombre de quien recibe la llamada: |   |
| Documento de identificación: |   |
| Parentesco con el NNA (papa, mamá, abuela): |   |
| La persona que ejerce la custodia del NNA acepta continuar con la solicitud de entrega de la indemnización  | **SI**  |   |
| **NO** |   |
| Nombre del NNA: |   |
| Documento de identificación: |   |
| Situación Excepcional:  | **Enfermedad ruinosacatastrófica alto costo** |   |
| **Discapacidad y una condición de salud que pone en riesgo su vida** |   |
| Describa su estado de Salud Actual: |   |
| Nombre de quien se encuentra a cargo del cuidado de NNA: |   |
| Parentesco: |   |
| Descripción de un día común en la vida del NNA: |   |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

| **ESCOLARIDAD** |
| --- |
| Asiste a la escuela o colegio (NNA en edad escolar (5 o más años) | **SI** | **Quien la acompaña** |  |
|  |
| **Parentesco** |   |  |
| **El NNA requiere acompañamiento constate:** |   |  |
| **NO** | **No estudia porque es imposible movilizarlo por la condición médica.** |   |  |
| **Estuvo vinculado, pero por su condición de salud se vieron obligados a abandonar el colegio.** |   |  |
| **Otro, ¿Cuál?** |   |  |

| **SALUD** |
| --- |
| ¿Está siendo atendido en el médico últimamente, como se realiza la atención medica?  | **SI** | **¿Debe trasladarlo a la institución de salud periódicamente? ¿Cada cuánto?**  |   |
| **Recibe atención médica en casa ocasionalmente, indique la última fecha:** |  |
| **Se encuentra hospitalizado** |  |
| **Hospitalizado en casa** |   |
| **Otra, ¿Cuál? (Existen casos de personas que han sido enviadas a su casa y no se les ha programado posterior atención médica).** |   |
| **NO** | **¿Por qué no requiere?** |   |
| ¿Cómo se comunica ella/el? (Requiere apoyos para la comunicación) | **Puede hablar y hacerse entender frente a lo que quiere** |   |
| **Difícilmente puede comunicarse** |   |
| **Emite sonidos Repetitivos** |   |
| **utiliza apoyo de alguien para comunicar sus ideas (interprete de lenguas)**  |   |
| **Es posible comunicarse cuando le explican y explica paso por paso** |   |
| Requiere en el entorno diario algún tipo de: ¿ajuste o modificación que facilite sus actividades? | **SI** | **Acompañante de apoyo**  |   |
| **Guía, intérprete**  |   |
| **Acceso con perro guía**  |   |
| **Materiales en braille**  |   |
| **Audio descripción**  |   |
| **Software lector de pantalla**  |   |
| **Material en alto contraste y tipografía aumentada**  |   |
| **Presentación de documentos e información en lenguaje simplificado y de fácil lectura**  |   |
| **Mayor espacio de tiempo para desarrollar actividades**  |   |
| **Mayor espacio de tiempo para comunicarse**  |   |
| **Espacios de atención privados**  |   |
| **Otros, ¿cuáles?**  |   |
| **NO** |   |
| ¿El NNA requiere apoyo?  | **SI** | **Camina por sí sola**  |   |
| **requiere apoyo de personas** |   |
| **Es usuario de silla de ruedas** |   |
| **Utiliza muletas** |   |
| **Utiliza bastón** |   |
| **otros, ¿Cuál?** |   |
| **NO** |   |
| Acepta la obligación de procurar que la indemnización beneficie real y efectivamente al NNA | **SI** |   |
| **NO** |   |
| Quisiera concertar fecha para realizar esta entrevista | **SI** |   |
| **NO** |   |

| **ESPACIO SOLO PARA EL PROFESIONAL** |
| --- |
| Se valida que el(la) solicitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ejerce la custodia del menor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Por favor describa las necesidades específicas de la víctima: | **1** |   |
| **2** |   |
| **3** |   |
| **4** |   |
| **5** |   |
| Fecha de la entrevista: D/M/A |   |
| Hora: |   |
| Nombre del profesional que realiza el contacto: |   |

# **CONTROL DE CAMBIOS:**

| **Versión** | **Fecha** | **Descripción de la modificación** |
| --- | --- | --- |
| V1 | 20/05/2021 | * Creación del formato
 |
| V2 | 28/04/2022 | * Se ajusta el cuerpo del destacando los apartados de registro de llamada, escolaridad, salud y espacio solo para el profesional.
 |