| **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 ruinosa catastrófica  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. |