

	PROYECTO. BHA		 
	APERTURA DE EXPEDIENTE DE CASO		
	CODIGO: CARE-F03	FECHA: 2021-05-20	

Código de Caso: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

1. IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE					
Nombres y Apellidos		Edad		Género	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> OSIGD <input type="checkbox"/>
				Sexo	H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> INTERSEXUAL <input type="checkbox"/>
Perfil de interés	Sobreviviente VBG <input type="checkbox"/> Riesgo de VBG <input type="checkbox"/>				
Perfil social	Mujer Gestante <input type="checkbox"/> Mujer Lactante <input type="checkbox"/> Minoría étnica <input type="checkbox"/> Hogar Monoparental <input type="checkbox"/> Situación de Discapacidad <input type="checkbox"/> persona que convive con VIH <input type="checkbox"/> Situación de calle <input type="checkbox"/> Persona en ejercicio del comercio sexual por sobrevivencia <input type="checkbox"/>			<b>Nacionalidad</b> <input type="checkbox"/> Colombiana <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Otro, ¿Cuál?	
Identificación	Tipo de documentación <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> PIP <input type="checkbox"/> TMF <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SALVO CONDUCTO Otro _____			<b>Fecha de nacimiento</b> __ / __ / __	
	Número de identificación: _____				
Perfil de movilidad	<input type="checkbox"/> En tránsito <input type="checkbox"/> Vocación de permanencia <input type="checkbox"/> Pendular <input type="checkbox"/> Colombiano Retornado <input type="checkbox"/> solicitante de refugio <input type="checkbox"/> Desplazado interno otro <input type="checkbox"/> ____				
Ocupación		Nivel de escolaridad		Estado civil	
Dirección				Teléfono	
Remitido por					

2. ESTRUCTURA FAMILIAR						
Nombre Completo	Edad	Sexo	Género	ocupación	Nivel de escolaridad	Relación con participante

GENOGRAMA	BREVE DESCRIPCIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR Y/O INDIVIDUAL

<b>3. INQUIETUDES DE PROTECCIÓN</b> (Si es una remisión, mencione la fuente de referencia)	
<b>4. VULNERABILIDAD</b>	
<input type="checkbox"/> Víctima de violencia sexual, física o psicológica / riesgo de VBG <input type="checkbox"/> Víctima de tráfico/trata <input type="checkbox"/> Víctima de violencia intrafamiliar <input type="checkbox"/> Víctima del conflicto armado interno <input type="checkbox"/> Condición/habitabilidad de calle <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Problema de Salud Mental <input type="checkbox"/> Problema de salud grave <input type="checkbox"/> Víctima de explotación sexual <input type="checkbox"/> Riesgo de Desnutrición/ Desnutrición Aguda o Severa <input type="checkbox"/> Otro → (Indique): _____	
Clasificación de riesgo: Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/>	Tiempo de respuesta sugerido: _____
Observaciones/recomendaciones	
Nombre del profesional: _____	Firma: _____