





FICHA DE REMISIÓN DE PERSONAS CON NECESIDADES ESPECÍFICAS

1. Información sobre la persona referida			
Nombre		Sexo/Género	Choose an item.
Fecha de nacimiento	17/09/1990		
Tipo de identificación	Click here to enter text.	Número de documento de identificación	
Nacionalidad	Click here to enter text.	Datos de contacto (teléfono y/o correo electrónico)	
Fecha de entrada a Colombia			
Dirección actual			
Núcleo familiar (por cada miembro, indicar relación con el/la cabeza de familia)	<ul style="list-style-type: none"> • • 		

2. Breve descripción del caso (Por favor incluir también cualquier servicio o asistencia ya brindada):

3. Necesidades específicas	
<input type="checkbox"/> Persona con discapacidad <input type="checkbox"/> Condición médica grave <input type="checkbox"/> Estrés emocional <input type="checkbox"/> Sobreviviente de VSBG <input type="checkbox"/> Mujer en riesgo <input type="checkbox"/> Víctima de trata <input type="checkbox"/> Persona sin documentación legal <input type="checkbox"/> Necesidades específicas de protección legal y/o física	<input type="checkbox"/> NNA no acompañado/a <input type="checkbox"/> NNA separado/a <input type="checkbox"/> NNA en riesgo <input type="checkbox"/> Mujer en lactancia <input type="checkbox"/> Persona mayor en riesgo <input type="checkbox"/> Unidad familiar <input type="checkbox"/> Otro - ¿Cuál? _____

4. Servicios requeridos	
<input type="checkbox"/> Salud física <input type="checkbox"/> Salud mental y apoyo psicosocial <input type="checkbox"/> Búsqueda/Reunificación familiar <input type="checkbox"/> Asesoría legal <input type="checkbox"/> Medios de vida	<input type="checkbox"/> Artículos no alimentarios (ej. Kits) <input type="checkbox"/> Seguridad alimentaria/Nutrición <input type="checkbox"/> Alojamiento <input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo <input type="checkbox"/> Otro - ¿Cuál? Cuadro de <u>Desnutrición</u>

 	PROYECTO - BHA			 
	FICHA DE REMISIÓN EXTERNA			
	CODIGO: CARE-F01	FECHA: 2021-05-20	VERSION: 01	

<input type="checkbox"/> Educación	
Comentarios (detalles de los motivos de remisión):	

5. Referencia hecha por		6. Referencia hecha a	
Nombre	Click here to enter text.	Nombre	
Organización	Click here to enter text.	Organización	Click here to enter text.
Prioridad	Choose an item.	Fecha de remisión	Click here to enter a date.

7. Consentimiento para compartir la información 1. ¿La organización remitente ha explicado claramente el procedimiento de remisión a la persona, indicando la información exacta que será compartida? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 2. ¿Se ha obtenido el consentimiento completo e informado de la persona para compartir sus datos individuales y otra información necesaria para fines de asistencia con otras organizaciones? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO 3. En caso de un menor de edad, ¿se ha obtenido el consentimiento del padre/madre/cuidador/a? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

8. Seguimiento (por parte de quien refiere) <input type="checkbox"/> Caso en seguimiento <input type="checkbox"/> Caso cerrado <input type="checkbox"/> Otro Comentarios (incluir detalles de las acciones tomadas):
